Über Thrombophlebitis

bei gynaekologischen Erkrankungen in der Basler Universitätsfrauenklinik während der Jahre 1901–1905

unter Berücksichtigung des sog. Mahler'schen Symptoms.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

J. Tkatschewsky

aus Russland (Sophijewka).

Basel 1906

Friedrich Reinhardt, Universitäts-Buchdruckerei

St. Albanvorstadt 15.

Über Thrombophlebitis

bei gynaekologischen Erkrankungen in der Basler Universitätsfrauenklinik während der Jahre 1901–1905

unter Berücksichtigung des sog. Mahler'schen Symptoms.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Basel

vorgelegt von

J. Tkatschewsky

aus Russland (Sophijewka).

ACAD. LAND.BAT. BIBL.

Basel 1906

Friedrich Reinhardt, Universitäts-Buchdruckerei

St. Albanvorstadt 15.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546418_0071

Theoretischer Teil.

Das häufige Vorkommen der Thrombophlebitis im Verlaufe des Wochenbettes, nach den chirurgischen und gynaekologischen Operationen, manchmal nach unbedeutenden traumatischen Schädigungen ebenso auch bei schweren erschöpfenden Erkrankungen mit den von Zeit zu Zeit vorkommenden plötzlichen Todesfällen an Lungenembolie bei anscheinend völligem Wohlbefinden der Patientin, — alles das hat viele Beobachter und Gelehrte veranlasst, diese Krankheit näher zu erforschen. Nach den klassischen Arbeiten Virchow's ist eine ganze Reihe von Arbeiten erschienen, theoretischen und experimentellen Charakters, die sich mit den folgenden Fragen beschäftigen: über das Wesen, die Entstehungsursachen, frühzeitige Diagnose, Verhütung der immer drohenden Todesgefahr und die besseren Behandlungsmethoden der Thrombophlebitis

In gedrängter Form den Inhalt der in der gegenwärtigen Wissenschaft herrschenden Ansichten über diese Frage darzulegen und nachher das Material aus der gynaekologischen Abteilung der Basler Universitätsfrauenklinik seit 1901, welche uns in verdankenswerter Weise von Herrn Professor von Herff überlassen worden ist, zu betrachten, — alles das bildet eine Aufgabe unserer Arbeit.

Zuerst müssen wir den Gegenstand vom Standpunkte der pathologischen Anatomie aus beleuchten.

Unter Thrombophlebitis verstehen wir, wie die Zusammensetzung dieses Wortes zeigt, Thromben- oder Pfropfbildung in einer entzündeten Vene.

Welcher von diesen Prozessen muss nun als der primäre und welcher als der sekundäre angesehen werden?

Es gibt Fälle, wo der primäre Thrombus eine Entzündung der Venenwand sekundär hervorruft und umgekehrt,

— wo primäre Periphlebitis oder Phlebitis eine sekundäre Pfropfbildung veranlassen. Die Fälle der ersten Art kommen nach v. Recklinghausen und Kaufmann bedeutend öfter vor, als die der zweiten Art.

Wir haben also gesehen, dass Phlebitis sekundär eine Thrombose hervorrufen kann. Deshalb müssen wir uns hier mit der Phlebitis als mit einer von den Entstehungsursachen der Thrombose etwas näher beschäftigen.

Es gibt zwei Hauptarten von Phlebitis; a) Phlebitis productiva oder organisatoria und b) infectiöse Phlebitis.

Phlebitis productiva kann entweder nach der vorausgegangenen Periphlebitis entstehen, oder als Resultat der Organisation des Thrombus. Manchmal verläuft diese Art der Phlebitis sehr chronisch und führt zur Hyperplasie der Gefässwände, darum heisst sie als Phlebitis chronica hyperplastica. In einigen Fällen kann sich die Hyperplasie so stark ausprägen, dass das Lumen des Gefässes vollständig obliteriert.

Infectiöse Phlebitis, das heisst durch die Entzündungserreger entstandene Phlebitis, kann in leichterer Form als Phlebitis exsudativa simplex, in schwerer Form als Phlebitis suppurativa und in schwerster als Phlebitis gangränosa vorkommen. Alle Phlebitisformen und besonders die infektiöse verbinden sich mit der Thrombose ausserordentlich häufig.

Was versteht man jetzt unter dem Thrombus? Lubarsch definiert den Thrombus folgendermassen: „Unter Pfropfen (Thromben) versteht man während des Lebens innerhalb von Blutgefässen aus Blutbestandteilen an dem Befundorte entstandene feste Gebilde.“

Ihrem makro- und mikroskopischen Bau nach lassen sich die Thromben in folgende Arten teilen: a) roter Thrombus; b) weisser oder grauer Thrombus; c) gemischter Thrombus; d) Blutplättchen-Thrombus und e) hyaliner Thrombus.

Der rote Thrombus kann nur bei verlangsamter Blutzirkulation zustande kommen; dann gerinnt das Blut und

das Blutgerinnsel setzt sich hauptsächlich aus den roten Blutkörperchen zusammen.

Der weisse oder graue Thrombus bildet sich nur bei der mit normaler Geschwindigkeit vor sich gehenden Blutzirkulation und besteht aus Blutplättchen, welche sich miteinander verklebend das Gerüst des Thrombus bilden, wobei sich zwischen den Balken Leukocyten einlagern, die die Hauptmasse des Thrombus ausmachen. Geringe Mengen von Fibrin und eine spärliche Anzahl der roten Blutkörperchen nehmen am Aufbau des weissen Thrombus teil.

Der gemischte oder geschichtete Thrombus besteht aus: weissen und roten Blutkörperchen, Blutplättchen und Fibrin, die schichtweise miteinander abwechseln. Die Schichtung des gemischten Thrombus hängt davon ab, dass die Blutzirkulation während der Thrombenbildung mit abwechselnder Geschwindigkeit vor sich geht und daher lagern sich die roten Blutkörperchen mehr ab, wenn der Blutstrom etwas langsamer wird, bei der Beschleunigung des Blutstromes dagegen fallen mehr die Leukozyten aus. Es ist deshalb leicht erklärlich, dass, wenn das Blut sich abwechselnd einmal langsamer dann wieder schneller bewegt, man den Thrombus mit dem geschichteten Bau bekommt.

Die Blutblättchen-Thromben und ebenso die hyalinen Thromben kommen fast ausschliesslich in kleinen Gefässen und Kapillaren vor, die sie vollständig ausfüllen können; in grösseren Gefässen dagegen findet man diese Thrombusarten nur als wandständige Anlagerungen, oder als schleierartige Überzüge an rauhen Stellen der Gefässwand und an den Herzklappen vor. Die letzten zwei Arten von Thromben lassen sich von einander dadurch unterscheiden, dass der Plättchen-Thrombus bei der mikroskopischen Untersuchung eine mehr körnige, der hyaline Thrombus eine mehr homogene, glänzende Struktur aufweist.

Die äusseren Ursachen der primären Thrombosenbildungen, soviel bis jetzt bekannt ist, lassen sich in folgende Arten einteilen: a) Stagnations-Thrombose, b) Dilatations-Thrombose und c) marantische Thrombose.

Die durch irgend welche Umstände herbeigeführte Ausschaltung eines Gefässabschnittes aus der Zirkulation, oder die Verlangsamung des Blutstromes bis zur vollständigen Stockung desselben in einem Abschnitte des Gefässes führt zur Thrombose, die Stagnations-Thrombose genannt worden ist. v. Recklinghausen sagt: „Eine Kompression eines Gefässes oder eine Kontinuitätsunterbrechung erzeugt dieselbe (Thrombose) doch keineswegs unter allen Umständen, am sichersten dann, wenn an demselben Gefäss zwei Verschlusstellen gegeben sind und aus der dadurch abgegrenzten Strecke das abgesperrte Blut nicht durch einen Seitenast entweicht. Experimentelle doppelte Unterbindung an Gefässen da, wo ihnen Seitenäste fehlen (z. B. Jugularis interna) erzeugen diese Thrombose."

Alle erweiterten Abschnitte des Herzens und der Gefässe, wie Aneurismen, Varizen, bilden wiederum für das Zustandekommen der Thrombose einen günstigen Boden, — so entstehen die sogenannten Dilatations-Thrombosen.

Im Verlaufe von vielen chronischen, erschöpfenden Erkrankungen, wie z. B.: maligne Tumoren, Dysenterie, Anaemie, Lungen- und Darmtuberkulose, oder im Verlaufe von einigen akuten Infektions-Krankheiten wie: Typhus, Pyaemie, fibrinöse Pleuropneumonie etc., kommt oft auch Pfropfbildung vor. Der allmähliche Schwund der Muskulatur und der anderen lebenswichtigen Organe bei den ersten obenerwähnten Krankheiten, kurz gesagt das, was wir unter dem Marasmus verstehen, und der allgemeine und rasche Kräfteabfall bei den letzten rufen gelegentlich nicht nur in pathologisch veränderten Blutbahnen, sondern „auch in ganz normalen Buchten des Zirkulationssystems bei Individuen mit Schwächezuständen", wie v. Recklinghausen darüber sagt, sogenannte marantische Thrombose hervor.

Die Bedingungen, unter welchen die Thrombose im Gefässsystem des lebenden Organismus zustande kommt, sind sehr mannigfaltig. Virchow hat gezeigt, dass die Stromverlangsamung bei der Entstehung der Thrombose eine sehr grosse Rolle spiele. Das häufigere Vorkommen der Thromben

im Venensystem, wo das Blut bedeutend langsamer fliesst, als in den Arterien, kann als Beweis dafür gelten.

Das normale Gefässendothel übt auf das zirkulierende Blut, wie uns Brücke durch seine Experimente bewiesen hat, eine gerinnungshemmende Wirkung aus, auf diese Weise die Pfropfbildung verhindernd. Wenn dagegen das Gefässendothel irgendwo beschädigt, alteriert ist, sind die Bedingungen vorhanden, wo die Thrombose leicht eintreten kann, welche „aber, wie Lubarsch in Übereinstimmung mit v. Recklinghausen — sich äusserst — wohl niemals allein ausreichend sind, Thrombose zu erzeugen", dafür müssen noch andere begünstigende Momente zusammenwirken.

Fremde Körper physikalischer Natur, die auf irgend eine Weise in die Blutbahn eindringen, rufen ebenso in dem Masse, als sie Rauhigkeiten auf ihrer Oberfläche haben oder chemische Reize auf ihre Umgebung ausüben, die Thrombosenbildung hervor; ganz glatte Gegenstände dagegen, wie Zahn in seinen Versuchen gesehen hat, können längere Zeit ohne Wirkung bleiben.

Die Entwicklung der Lehre über die Blutgerinnung, welcher Prozess in vielen Beziehungen mit dem — der Thrombenbildung nahe verwandt ist, verdanken wir hauptsächlich Al. Schmidt. Schon früher hat Virchow den Blutgerinnungsprozess dadurch zu erklären versucht, dass er im Blute das Vorhandensein fibrinogener Substanz annahm, die bei dem etwaigen Hinzutritt des Sauerstoffes, entweder aus der freien Luft oder aus den Blutkörperchen selbst, die Fibrinausscheidung hervorrufe. Al. Schmidt hat diese Lehre erweitert, — er hat gezeigt, dass im kreisenden Blute nicht nur fibrinogene Substanz, — Fibrinogen — existiere, sondern auch fibrinoplastische, — Paraglobulin, — und dass, damit die Blutgerinnung eintreten kann, noch Fibrinferment vorhanden sein müsse. Das letztere stammt — nach ihm — von Leukozyten und kommt nur dann zur Wirkung, wenn das Blut im Gefässsystem stagniert, oder wenn das Blut aus den Gefässen austritt. Das sind die allgemeinen Bedingungen, unter welchen das normale Blut gerinnt. Im pathologisch-

veränderten Blute kommen die Thrombosen sehr oft vor, z B.: nach Verbrennungen und Erfrierungen, nach dem Kontakte des Blutes mit giftigen und fauligen Stoffen, nach Transfusion des fremdartigen Blutes, nach Vergiftungen durch die sogenannten Blutgifte „pflanzlicher, tierischer, metallischer und mineralischer“ (Lubarsch) Herkunft, d. h. die Gifte, die auf die parenchymatösen Gewebe und auf die Blutkörperchen selbst zerstörend wirken.

Ausser diesen inneren Ursachen gibt es noch äussere, welche die Thrombose begünstigen und sogar hervorrufen. In gewissen Fällen ist schon eine einfache Kompression genügend, damit die Thrombose zustande kommt. Nach allen Fällen von chirurgischen Gefässunterbindungen kommen ebenfalls die Thrombosen vor. Manchmal bewirken auch äussere oder innere Traumen und in seltenen Fällen sogar auch ganz geringfügige Verletzungen die Thrombosenbildung. Noch wollen wir eine Art erwähnen, die als physiologische Thrombose betrachtet werden muss, die Thrombose in den Uteringefässen im Wochenbett.

Im obigen haben wir gesehen, wie verschiedenartig die Ursachen und die Bedingungen sind, die zur Thrombose führen und unter welchen die Thrombose vorkommt.

Jetzt müssen wir das Schicksal verfolgen, welchem schon gebildete Thrombus ausgesetzt ist.

Der günstigste Ausgang der Thrombose ist die sogen. Organisation des Thrombus. Das Wesen der Organisation des Thrombus besteht — nach Lubarsch — darin, „dass zunächst von den Vasa vasorum aus Leukozyten und auch Gewebswanderzellen in den zerfallenden Pfropf einwandern und die Zerfallsprodukte fortzuschaffen suchen. Dann wachsen von dem Bindegewebe und dem Endothel der Innenhaut Bindegewebe und Gefässsprossen in den Propf hinein. Allmählich verschwinden alle Reste des Thrombus, von denen sich mitunter das Fibrin lange erhält, und der ganze Pfropf ist durch Bindegewebe ersetzt.“ Wenn sich dann im organisierten Thrombus eine reichliche Menge von Gefässen gebildet hat, kann das Gefäss wieder rekanalisiert werden.

Die andere Umwandlungsart des Thrombus ist die sogenannte puriforme Erweichung oder Schmelzung. Zuerst findet die Entfärbung des Thrombus statt, der Thrombus verliert seine ursprüngliche Farbe und wird rotbraun, rostbraun bis grau. Die Verflüssigung des Thrombus fängt vom Zentrum aus an; auf diese Weise entsteht eine eiterähnliche breiige Masse, die mehr oder weniger dünnflüssig ist und blassrötliche bis blassbräunliche Farbe besitzt. Diese Masse kann mit dem Blutstrom fortgespült werden und der Prozess geht in Heilung über.

Eitrige Schmelzung kommt dann vor, wenn in den Thrombus Eitererreger eindringen, und Verjauchung — dann, wenn die Fäulnissorganismen mit dem Thrombus auf irgend welche Weise in Kontakt gekommen sind.

Endlich können die Thromben durch die Kalksalzablagerungen sich petrifizieren und in sogenannte Venensteine — Phlebolithen — sich umwandeln

Ist die Thrombose auf die eine oder andere Art entstanden, so werden Störungen auftreten, die als nähere Folgen dieses Prozesses angesehen werden müssen. Da ist in erster Reihe die Blutstauung in dem Bezirke, von dem das Blut in das thrombosierte Gefäss fliesst, welcher sich dann bald Oedem anschliesst. Wenn das Oedem ausgebreitet und schmerzhaft ist, so sprechen wir über Phlegmasia alba dolens. Die Schmerzhaftigkeit der thrombosierten Gefässe sonst ist der Hauptsache nach bedingt durch die Periphlebitis — eine entzündliche Infiltration des das Gefäss umhüllenden Gewebes. Wenn die Entzündung beschränkt ist und mehr oder weniger chronisch verläuft, kommt es — nach Lubarsch — „zu einer festen Verwachsung des Gefässes mit der Umgebung, die auch Verzerrungen und Knickungen des Blutgefässes nach sich ziehen kann; namentlich wenn die Organisation des Thrombus zur Bildung brückenförmiger Leisten und Spangen und harter wulstartiger Einsprengungen geführt hat;“ in den Fällen sprechen wir über Endophlebitis deformans. Die vorher erwähnten Folgen der Thrombose sind in geringerem oder höherem Grade für alle Fälle

charakteristisch; jetzt müssen wir seltener vorkommende, aber sehr wichtige Komplikationen angeben, das sind, a) Embolie, b) Infarkt und c) Gangrän.

Die Embolien sind die gefährlichsten Folgen der Thrombose; sie können in jedem, sogar leichtesten Falle der Thrombose zustande kommen und ganz plötzlich zum letalen Ende führen. Das geschieht, wenn die Embolien in die Lungenarterien verschleppt werden und deren Lumen vollständig ausfüllen. Die in die Endarterien gelangten Emboli, welche dieselben ganz verlegen, führen zur Infarktbildung. Gerhardt sagt: „offenbar entstehen die meisten Infarkte durch embolische Verschliessung der zuführenden Arterie. Der keilförmige der Pleura mit der Basis zugekehrte Gewebsteil, den diese Arterie versorgt, wird Sitz einer von den Venen hereinbrechenden, rückläufigen Hyperämie, wird in seiner Struktur gelockert und mit Blut durchtränkt, das gerinnt und ihn in eine angeschwollene, gekörnte, schwarzrote Masse umwandelt, über der die Pleura in der Regel mit Faserstoffnetz belegt ist.“ Über die Bedeutung des Infarktes äussert sich derselbe Autor folgendermassen: „der Infarkt, der weder vom Embolus, noch von der Atmungsluft aus infiziert ist, heilt von selbst. Die Gefahr liegt in der Embolie. Wenn der Infarkt sich bildet, ist die Gefahr schon überstanden.“

Wenn der Thrombus eines von den grossen Gefässen vollständig ausfüllt und kein Kollateralkreislauf sich ausbildet, kann es endlich zur Gangrän der betreffenden Körperteile kommen. „Je grösser — sagt v. Recklinghausen — die verstopfte Arterie, desto grösser ist im allgemeinen der nekrotisierende Herd. So bildet sich nach Verstopfung der Arteria cruralis bisweilen Mumifikation des Fusses und des ganzen Unterschenkels, also Nekrose nicht nur der Haut und des Unterhautgewebes, sondern auch der Muskulatur und des Knochens aus.“ Eine Anzahl von solchen Fällen im Wochenbett, die in der Literatur bis dahin beschrieben worden sind, sind in der Arbeit von Wassilieff-Kononowitsch erwähnt worden.

Klinisch kann sich die unkomplizierte Thrombophlebitis

sehr verschieden gestalten, da leichteste bis schwerste Formen vorkommen, die sogar zum Tode führen.

Zuerst seien die objektiven Symptome der Thrombophlebitis auseinandergesetzt, nachher die subjektiven.

Zu den objektiven Symptomen gehören folgende: die Rötung der Haut, sofern die Venen unter der Haut gelegen sind, die harten Stränge oder Knoten entsprechend dem Verlaufe der thrombosierten Gefässe, dilatierte Hautvenen distalwärts von der Thrombose und Oedeme, welche die Schwellung besonders in der Gegend der Malleolen bedingen und manchmal auch zur Schwellung des ganzen Beines und der Bauchdecken führen können.

Zu den subjektiven Symptomen sind zu rechnen: mehr oder weniger grosse Schmerzhaftigkeit in dem mit der Thrombose befallenen Körperteile, besonders auf Druck, auch beim Husten, Niesen, tiefem Atmen, Pressen währen der Defäkation, Aufsitzen, — ferner Kraftlosigkeit, Schwere des befallenen Gliedes, eigentümliche Sensationen wie: Kältegefühl, Gefühl von Schwere, Taubheit, Abgestorbensein, Kriebbeln, Ameisenkriechen u. s. w.

Alle diese objektiven und subjektiven Symptome brauchen nicht sämtlich in jedem gegebenen Falle zum Vorschein zu kommen, sie können miteinander verschieden kombiniert sein, so dass in einem Falle diese, im anderen jene vorwiegend in den Vordergrund der Erkrankung treten, einige Symptome dagegen können in einzelnen Fällen ganz ausbleiben.

Solange die Thrombophlebitis sich auf diese Symptome beschränkt, ist die Erkrankung nicht lebensgefährlich und trägt einen verhältnissmässig harmlosen Charakter. Aber die Erkrankung kann in jeden Augenblick eine ganz bedenkliche Wendung annehmen, da bei jedem Thrombophlebitisfall immer die Gefahr der Embolie vorhanden ist, die für sich einige andere Symptome bedingt.

Einige Autoren geben eine ganze Anzahl von Symptomen an, die auf die drohende Emboliegefahr hinweisen sollen. Richter hat diese Symptome zusammengestellt: „Kopfschmerzen, geringe unregelmässige Erhöhung der Tem-

peratur, kleinen, frequenten Puls, Sperling's vikarierende Hyperämie an dem betreffenden Oberschenkel und der Bauchhaut, v. Winkel's gastrische Beschwerden, den Mahler'schen Kletterpuls, Dysurie und Ischurie, plötzliches Seitenstechen, Schmerzen in der Hüftbeuge, an der Stelle, wo die Vena femoralis unter dem Poupart'schen Band hindurchtritt, die auf Druck, beim Husten und tiefen Atmen eintreten, einen eigentümlichen Zustand von Meteorismus, Mattigkeit und Ohnmachtsanwandlungen beim Verlassen des Bettes." Heidemann, der die Thrombophlebitis für eine Art von puerperaler Infektion hält, nimmt noch einige Prodromalerscheinungen an: „gestörtes Allgemeinbefinden, schlechter Schlaf, Mattigkeit, Anfälle von Herzschwäche und Schmerzen seitlich im Uterus."

Die von uns zusammengestellten Fälle geben uns keinen Grund die Thrombophlebitis als eine infektiöse Krankheit zu betrachten. Die von Heidemann angeführten Symptome sind in einigen von unseren Fällen erwähnt worden, aber in jedem von diesen Fällen sind andere Ursachen zu konstatieren, welche diese Symptome hervorgerufen haben, das sind: sonstige Erkrankungen, vorhergegangene Operation, septischer Wochenbettsverlauf u. s. w.

Die Embolieanfälle können leicht sein, wenn nur kleinere Thrombusstücke in die Lungenarterie gelangen, oder ganz schwer, wenn die Lungenarterie vollständig verstopft wird. Zwischen diesen zwei extremen Fällen gibt es verschiedene Übergänge.

Plötzlich auftretende Dyspnoe mit heftigem Seitenstechen, starke Cyanose, äusserst anstrengende und immer rascher werdende Atmung, Bewusstlosigkeit mit Konvulsionen, manchmal unwillkürliche Stuhl- und Urinentleerungen, rasches Verfallensein der Gesichtszüge, Ausbruch von kaltem klebrigem Schweiss, akut auftretende Schwäche des Herzmuskels, rasches Steigen oder Sinken der Temperatur — das sind die bekannten Zeichen eines Embolieanfalles. Ein, zwei, sogar einige Anfälle können manchmal überstanden werden, wenn der Tod nicht während des ersten Anfalles eintritt; aber jeder neue

Anfall raubt mehr und mehr die schon abgeschwächten Kräfte des Kranken; zuletzt kann sich Lungenoedem dem Embolieanfalle hinzugesellen und dann ist der Kampf zwischen Leben und Tod schnell entschieden, — der Patient erliegt diesen heftigen Krankheitsattaquen; natürlich kann Exitus letalis auch vor dem Lungenoedem eintreten.

Die Diagnose der Thrombophlebitis ist nach den oben angegebenen Symptomen nicht schwierig zu stellen, besonders wenn die objektiven Symptome schon deutlich aufgetreten sind. Wenn dagegen die Thrombose sehr tief liegt, zum Beispiel in den Beckenvenen oder in anderen Gefässen, welche unserer Untersuchung und Beobachtung nicht zugänglich sind, dann tritt die Notwendigkeit auf, einige Anhaltspunkte zu bekommen, mit deren Hilfe die frühzeitige Diagnose festgestellt werden kann.

Wir können manchmal vor dem Auftreten der sichtbaren Zeichen nach der Thrombose in den Beckenvenen die Diagnose feststellen. „Sitzt die Thrombose — sagt v. Herff — im Becken mit Fortpflanzung nach der Vena iliaca, so ist das erste sichtbare Zeichen ein minimales Oedem der Inguinalgegend, welches sich mit der Ausdehnung des Prozesses in die Vena cruralis, Vena saphena u. s. w. immer mehr fusswärts ausbreitet und dann besonders hochgradig werden kann.“ In einigen Fällen können die Thrombosen in Beckenvenen, bei der inneren Vaginaluntersuchung diagnostiziert werden, so jene der Vena hypogastrica, der Vena uterina. Als wichtigstes prämonitorisches Symptom der Thromben und der Lungenembolien wird das Mahler'sche Zeichen von mancher Seite angesehen. Das Wesen dieses Zeichens besteht darin, dass schon einige Tage vor dem Auftreten objektiv nachweisbarer Thrombosen-Symptome der Puls anfängt einen Tag nach dem andern staffelförmig in die Höhe zu gehen, während die Tempratur in normalen Grenzen bleibt; wenn die Thrombose schon ganz ausgebildet ist und der Puls seinen höchsten Grad erreicht hat, kann auch die Temperatur steigen. Das Steigen der Temperatur fällt bald ab, wenn keine Infektion zustande gekommen ist, und nur der Puls

kann längere Zeit unruhig und hoch bleiben, bis er auf die Norm zurück fällt. Da dieses Mahler'sche Symptom jetzt in der Diagnose der Thrombophlebitis eine Rolle spielt, halten wir es für nötig uns bei diesem etwas länger aufzuhalten.

Mahler und in Übereinstimmung mit ihm auch Wyder erklären, dass diese Erscheinung eine mechanische sei: mit der Trombenbildung und dadurch entstehender vollständiger oder unvollständiger Verlegung des Gefässes wird in den Kreislauf ein Widerstand eingeschaltet. Das Herz versucht diesen Widerstand zu überwinden und dadurch geht der Puls in die Höhe. Wyder, v. Herff und einige andere Autoren geben zu, dass ausser den mechanischen auch andere Momente, chemische z. B. zusammenwirken können, aber welche Stoffe bei diesem Prozess in Betracht kommen und auf welche Weise sie ihre Wirkung ausüben — diese Fragen bleiben vorläufig noch offen.

Diese mechanische Erklärung des Kletterpulses erscheint theoretisch gut begründet; aber tatsächlich trifft sie nicht zu, da es Fälle gibt, in denen sicher die Thrombose besteht und kein Kletterpuls oder irgend eine Pulsbeschleunigung, selbst bei tötlicher Embolie, nachgewiesen werden kann. Wir bringen unten zwei eklatante Beispiele dazu — Fall 15 und 41, nämlich zwei Embolietodesfälle, in denen gar keine Anhaltspunkte vorhanden waren, um die drohende Todesgefahr vorauszusehen, — der Puls, wie die Temperatur sind bis zum Exitus letalis normal geblieben. Wassilieff-Kononowitsch erwähnt auch Fälle, wo ein Emporklettern des Pulses vorkommt, ohne dass eine Thrombophlebitis vorgelegen habe. Damit ist die Frage gegeben, inwiefern das Mahler'sche Zeichen bei der frühzeitigen Diagnose der Thrombophlebitis und Lungenembolie von Werte ist. Die Meinungen verschiedener Autoren sind darüber sehr geteilt; während einige wie Mahler, Wyder, Singer, Burckhardt, Schachtler, Richter, in ihren Fällen ganz hohe Prozentsätze mit diesem Symptom bekommen haben, haben dagegen andere Autoren wie Gessner, Heidemann, Scheiffele das Mahler'sche Zeichen in einer sehr kleinen Anzahl der Fälle beobachtet. Das Material,

welches in der Arbeit von Wassilieff Kononowitsch aus der geburtshilflichen Abteilung der Basler Klinik zusammengestellt worden ist, gibt Resultate, die mit denen unserer Arbeit nicht ganz übereinstimmen und zwar so, dass das Mahler'sche Zeichen in zirka 45,4 % der gynäkologischen Fälle beobachtet wurden. Dieses Ergebnis weicht ebenso stark von den sehr hohen Resultaten, welche die ersteren Autoren bekommen haben, ab, als von den sehr niedrigen — anderer Autoren.

Die diagnostische Bedeutung des Mahler'schen Symptomes verliert dadurch an Wert, es muss darauf hingewiesen werden, dass dieses Symptom nicht regelmässig in allen Thrombophlebitis-Fällen vorkommt, obschon dieses das einzige wäre, mit dessen Hilfe die Frühdiagnose festgestellt werden könnte. Wenn das Mahler'sche Zeichen ausbleibt, fehlen die Anzeichen, um zu sehen, wann die zur Verfügung stehenden prophylaktischen Massnahmen angewendet werden müssen, um etwaigen Embolien mit ihren Gefahren vorzubeugen. Daraus erklärt sich die Wichtigkeit des Mahler'schen Zeichens von selbst, wenn es einen Wert besitzen würde.

Wenn der Embolieanfall glücklicherweise überstanden ist, dann bildet sich in den von Blutzufuhr abgesperrten Lungenpartien ein Infarkt. — Seitenstechen, blutig gefärbter Auswurf — auskultatorisch anfangs „knatterndes Rasseln" (Gerhardt), in späteren Stadien Bronchialatmen, perkussorisch — Dämpfung entsprechend den infarcierten Stellen, — das sind die bekanntesten Symptome des Lungeninfarktes. Gesellt sich zu dem nahe an der Lungenoberfläche liegenden Infarkte wie gewöhnlich eine Pleuritis, so treten natürlich noch die Reibegeräusche auf.

Die Prognose der Thrombophlebitis ist sehr verschieden. Bei der Besprechung der Prognose der Thrombophlebitis muss die Emboliegefahr immer im Auge behalten werden. Wenn im Verlaufe der Erkrankung keine Embolie eintritt, ist die Prognose günstig, sonst ist sie sehr ernst. Die Thrombosierungen in den tiefen Beckenvenen geben auch eine viel

ernstere Prognose, als die der oberflächlich liegenden Gefässe der unteren Extremitäten, da es in dem weiten Geflechte der Becken — und Uterinvenen wie im Plexus pampiniformis oder uterinus viel leichter zur Abbröckelung der Thrombenstücke und zur Verschleppung derselben mit dem Blutstrom zum rechten Herz und von da ab in die Pulmonalarterien kommt, als in den mit Klappenvorrichtungen versehenen Venen der unteren Extremitäten; diese Klappen können die Verschleppung der Thrombusstücke in etwas verhindern. Gessner betrachtet die Prognose in den Beckenvenen als absolut schlecht, Richter dagegen sagt, dass die leichten Embolieanfälle nicht unbedingt in jedem Falle Vorboten von ernsteren Anfällen sind. Ferner ist für die Prognose der allgemeine Zustand der Patientin von grosser Wichtigkeit, — ob sie an Herzschwäche oder an Herzkrankheiten leidet, ob sie schon längst krank und heruntergekommen ist. endlich ob sie pathologisch-veränderte (Arteriosclerose) oder gesunde Gefässwände besitzt. Sperling behauptet sogar, dass die depressiven, psychischen Stimmungen, welche die allgemeine Erschlaffung der Gewebe bei den Kranken bedingen, die Entstehung der Thrombose und Embolie begünstigen. Wenn der Thrombus infektiös ist und sich infolgedessen Fieber mit Frostanfällen einstellen und die Schwellung der befallenen Extremitäten immer mehr zunimmt, ist die Gefahr der allgemeinen Pyämie sehr nahe und um so ernster muss die Prognose lauten; bei den blanden Thromben dagegen ist sie viel günstiger.

Die ausgeheilte Thrombophlebitis zieht mehr oder weniger lang andauernde Störungen in den Funktionen des betreffenden Körperteiles nach sich; wir bringen unten einen Fall — 70 — mit Residua Thrombophlebitidis, dessen Behandlung von dem behandelnden Personal sehr viel Mühe und Geschick gefordert hat, um die steif gewordenen unteren Extremitäten leistungsfähig zu machen. In der Mehrzahl der Fälle dagegen ist die Prognose ad restitutionem viel günstiger als im erwähnten Falle. Die Glieder bleiben eine mehr oder weniger kurze Zeit etwas steif, aber das hört allmählich auf und die thrombosiert gewesenen Körperteile bekommen wieder ihre

frühere Leistungsfähigkeit, was von der vollständigen Herstellung des Kollateralkreislaufes abhängt.

Über Prophylaxe der Thrombophlebitis ist nicht viel zu sagen. „Wir besitzen freilich — sagt Gerhardt — kein Mittel, um die Gerinnbarkeit des Blutes im Körper aufzuheben oder thrombosierte Gefässabschnitte von der Zirkulation abzusperren.“ Darum muss unsere Aufgabe nur darauf gerichtet sein: alles, was die Thrombose begünstigt, nach Möglichkeit fern zu halten. Die peinlichste Asepsis ist in allen Fällen absolut notwendig, besonders bei den Wöchnerinnen und bei den Operierten. Bei Herzschwäche leistet manchmal Digitalis gute Dienste, aber wenn die Thrombosen schon bestehen, ist Digitalis gefährlich, da die gesteigerte Blutzirkulation zur Losreissung von Thrombenstücken führen kann und so die Embolien hervorrufen. Die prophylaktischen Massnahmen dagegen haben, wenn die Thrombose schon besteht, bei der Embolieverhütung die grösste Bedeutung. Als allgemein gültige Regel ist angenommen, dass alle Thrombophlebitiskranke absolut ruhig im Bett liegen müssen; das thrombosierte Bein muss in leichter Flexion erhöht gelegt werden, oder das Fussende des Bettes muss nach Lennander um 10 bis 50 cm erhöht werden, was sich im Frauenspital Basel ausgezeichnet bewährt hat. Bei kräftigen und wenig angegriffenen Patienten muss das Bett niedriger, bei schwachen und heruntergekommenen höher gestellt werden, damit das in den Venen der unteren Extremitäten stagnierende Blut leichter zum Herzen fliesst.

Wenn die Varizen bestehen, müssen sofort die elastischen Binden angelegt werden. Die Kranken müssen absolute Rückenruhelage innehalten und dürfen keine Bewegungen machen. Bei der Untersuchung der erkrankten Körperteile muss man äusserst vorsichtig vorgehen, da jede rauhe Betastung der thrombosierten Gefässe, Massage, Einreiben von Salben usw. zur Losreissung von Thrombenteilen führen kann. Der Patient muss auch von allen stärkeren Gemütsbewegungen fern gehalten werden. In einigen Fällen, wenn Gründe vorhanden sind eine Embolie zu befürchten, muss

man reichlich Morphium verordnen, um absolute Ruhelage zu erzwingen.

Es bleibt uns noch übrig, einige Worte über die Therapie der Thrombophlebitis mit ihren Komplikationen: Lungenembolie und Lungeninfarkt — zu sagen.

Zuerst muss der erkrankte Körperteil immobilisiert und zur Linderung der Schmerzen in einen Priessnitz'schen Umschlag eingewickelt werden, der mit reinem Wasser oder 50% Alkohol befeuchtet werden kann. Letzteres ist namentlich da am Platze, wenn die Haut gereizt erscheint oder wenn sich Hautausschläge bilden. Weiter beschränkt man sich mit der Überwachung der Herztätigkeit und mit der Regelung des Stuhles; wenn sich Zeichen von Herzschwäche bemerkbar machen, muss man zur Hebung der Herzkraft, zu den Simulantien greifen. Marchais, in seiner zuletzt erschienenen Arbeit, empfiehlt die folgende Methode der Thrombophlebitisbehandlung — die sogenannte — Bewegungstherapie, die übrigens in ähnlicher Weise, wenn auch einfacher, seit Jahren im Frauenspital Basel geübt wird. Die absolute Bettruhe dauert solange Embolie zu befürchten ist und solange die Temperaturen febril sind und sogar noch länger; vierzehn Tage nach der letzten Temperatursteigerung beginnt man mit den passiven Bewegungen; vorsichtig fängt man an die Zehen und das Fussgelenk zu bewegen und leichte Streichungen darauf zu machen, während das Bein noch auf seiner Unterlage liegt. Die passiven Bewegungen dauern vier Tage, dann geht man zu den aktiven Bewegungen der Zehen und des Fussgelenkes über. Einige Tage nachher lässt man zuerst die passiven und dann die aktiven Bewegungen im Kniegelenk ausüben; noch einige Tage und dieselbe Operation geschieht mit dem Hüftgelenk. Wenn der Patient nach dem Anfang dieser Bewegungstherapie das Fieber bekommt, muss er den Abfall der Temperatur bis zur Norm abwarten und erst vierzehn Tage nachher wieder die Bewegungstherapie vom Anfang an durchmachen. Der Kranke darf nicht früher als vierzehn Tage nach dem Anfang der Bewegungstherapie die ersten Schritte mit Hilfe von irgend jemand (nicht mit

einem Stock oder Krücke) machen, bis er allein gut gehen kann. Mit jedem Tag geht der Kranke besser; die anfangs auftretenden Oedeme verschwinden allmählich und der Patient erholt sich vollständig. Marchais hat mit dieser Behandlungsmethode sehr gute Resultate erzielt, — er hat 57 Thrombophlebitisfälle diesen Grundsätzen gemäss behandelt und keine einzige Embolie gehabt.

„Gegen die erfolgte Embolie ist nichts zu machen — sagt v. Herff. Wenn der Embolieanfall überstanden ist, entsteht in einigen Fällen als direktes Resultat derselben ein Infarkt. In diesem Falle muss therapeutisch für ganz frische Atmungsluft und ruhige Körperlage gesorgt werden. Inhalationskuren mit den verschiedenen antiseptischen Mitteln sind nach dem Grundsatz von Gerhardt überflüssig: „der Infarkt, der weder vom Embolus noch von der Atmungsluft aus, infiziert ist, heilt von selbst.“ Wenn sich entsprechend der infacierten Lungenpartie ein pleuritisches Exsudat gebildet hat, welches heftige Schmerzen verursacht, sind Morphiuminjektionen am Platze. Gerhardt ratet nicht das Pleuraexsudat durch die Punktion zu entleeren, da „die Verlaufsweise dieser Exsudate ohnehin eine sehr günstige ist.“ In protrahierten Fällen bringen Schwitzkuren und allgemein roborierende Behandlung die Exsudate weg und führen die Infarkte zur Heilung.

Entstehen Abszesse und Pyämie, so greift man zur Hilfe der Chirurgen, — man unterbindet nach I. W. Freund Trendelenburg die thrombosierten Gefässe proximalwärts von der thrombosierten Stelle und extirpiert distalwärts möglichst weit die thrombosierten Gefässabschnitte oder begnügt sich nach Bumm mit der einfachen Unterbindung. Über einige mit Erfolg ausgeführte Operationen dieser Art berichtet Grzes Kramer und Bumm; im Gegensatz zu diesem hat Freund keinen so günstigen Erfolg gehabt.

Damit schliesse ich den theoretischen Teil dieser Arbeit und gehe zum statistischen über.

In dieser Arbeit sind 77 Fälle von Phlebitis, Thrombophlebitis und Lungenembolie der gynäkologischen Station des

Frauenspitals Basel während der Jahre 1901 bis 1905 zusammengestellt, dazu kommen noch 4 Fälle, welche Herr Professor v. Herff aus seiner Privat-Praxis mir freundlichst überlassen hat.

Die Krankengeschichten sind so bearbeitet, dass das Auftreten oder nicht Auftreten des Kletter- oder abkletternden Pulses deutlich zum Vorschein kommt, d. h. die Temperaturkurven sind nach Richter nivelliert, durchschnittlich aus den täglichen Messungen berechnet. Die nivellierten Durchschnittszahlen der täglichen Messungen sind nach den daneben stehenden Morgen- und Abendaufzeichnungen in fetter Schrift angeführt.

Die Krankengeschichten.

Fall 1. Nr. 16. (Septische Abteilung). Jahrgang 1901. G. B. 24 Jahre alt.

Diagnose: Septischer Abort (Pyaemie?). Phlegmasia alba dolens.

Eintritt 29. I. mit hohem Fieber: Temp. 40.5, Puls 148. 1. II. Operation: Probelaparotomie; immer Fieber. 4. II. abends Temperatur höchster Grad erreicht —41.0, ebenso Puls —140. Leichte Druckempfindlichkeit auf der Innenseite des linken Oberschenkels. Kein Strang fühlbar. 5. II. Temp. morgens, mittags und abends: 36.1—40.2—37.7. Puls hoch. Bein leicht am Oberschenkel geschwollen, etwas mehr druckempfindlich. 6. II. Am linken Oberschenkel deutliche Verdickungen der Vene. Schwellung bis über das Knie herunter. Temp 40.0—38.2, Puls 124. 7. II. Temp. 38.4—39.2—38.0, Puls 108—112—96. Keine Beschwerden. Bein bis zum Fuss geschwollen und unter die Kniekehle empfindlich. 8. II. Temp. 40.0, Puls 120. Ganzes Bein bis zur Wade sehr empfindlich und stark geschwollen. Spontan bei Ruhe keine Beschwerden. 9. II. Temp. 37.1—39.1—40.0, Puls 110—124. Status idem. 11. II. Temp. 39.2—37.6, Puls 102—100. Status idem. 13. II. Kein Fieber. Bein noch stark geschwollen. 14. II. Auch rechtes Bein in der Mitte des Oberschenkels empfindlich. Abends Schmerzen im Kopf (rechte Seite), linke Hand kann kaum bewegt werden und ist absolut kraftlos. Temp. 39.8—37.8, Puls 108—88. 15. II. Kein Fieber. Rechter Oberschenkel wieder ganz frei. Linkes Bein weniger schmerzhaft. Hand-Status idem. Puls nicht höher als 96. 17. II. Morgens afebril. Linkes Bein besonders in der Wadengegend sehr empfindlich. Schwellung-Status idem. Abends Temp. 39.5. 20. II. Temp. 38.4. Schwellung fängt an etwas nachzulassen; ebenso Druckempfindlichkeit. 23. II. Rechtes Bein mehr geschwollen, aber weniger druckempfindlich. Abends Temp. 38.3, Puls 116. 24. II. Rechtes Bein bretthart, nicht empfindlich. Abends Temp. 38.7, Puls 116. 28. II. Schwellung nimmt allmählich etwas ab. Abends Temp. 38.3, Puls 100. — Im weiteren Verlaufe hohes Fieber und frequenter Puls gehen nach und nach herunter, so dass schon am 3. III. kein Fieber mehr besteht. Puls noch unruhig und etwas hoch bis 100. 6. III. Schwellung nimmt bedeutend ab, keine Druckempfindlichkeit. 10. III. Puls und Temp bis zur Norm heruntergegangen. Bein in toto noch leicht geschwollen. 12. III. Aufstehen. Die Patientin kann nicht auf dem rechten Bein stehen. 16. III. Die Patientin kann etwas gehen.

20. III. Geht gut. Abends rechter Fuss noch etwas geschwollen. 23. III. Austritt. Linkes Bein noch leicht geschwollen. Temp. und Puls normal.

2. Fall. Nr. 159. 1901. Sch. R. 39 J. alt.

Diagnose: Descensus vaginae posterior. Retroflexio uteri fixata. Embolia pulmonum dextra.

16. III. Operation: Vetrofixatio uteri. Wundheilung normal; Temp. beträgt nur einmal 37.8, Puls unruhig — bewegt sich zwischen 68—80—95. 8. IV. Temp. 36 6 - 36.9, Puls 80—80. IV. 9. — am 21. Tag nach der Operation Temp. 36.5—37.8, Puls 88—100 i. D. 94. Schmerzen im linken Bein. Hochlagerung. Priessnitz. 22. Tag. Temp. normal. Puls 84—92. 23. Tag Temp. afebril, Puls 80—100. 24. Tag. Schmerzen im Bein verschwunden. Temp. normal. Puls 76—100. 25. Tag. Temp. 36.4—37.1, Puls 62—92 i. D. 77. Wieder etwas Schmerzen bei Druck im linken Schenkeldreieck. 26. Tag. Temp. 36.7, Puls 84; 27. Tag. Temp. 36.6 —37.2, Puls 80—100 i. D. 90. 28. Tag. Temp. 36.3—37.5. Puls 68—110 i. D. 89. Abends um 9 Uhr traten bei der Patientin plötzlich stechende Schmerzen rechts, seitlich, unten am Thorax auf. Stechen bei jedem Atemzuge. 29. Tag. Temp. 38.0—38.3, Puls 110—115. Dyspnoe. Perkussion rechts von der 4. bis 6. Rippe vorn und nach hinten hin schmerzhaft; Atmungsgeräusch darüber abgeschwächt. 30. Tag. Temp. 37.6—38.5, Puls 115—120. 31. Tag. Temp. 37.6—38.9. Puls 112—116. Zunge belegt. Faetor ex ore. Diät. Abends blutiges Sputum. Schmerzen auf der rechten Thoraxseite; hier findet sich vorn von der 4. Rippe an eine Dämpfung, die sich im Bogen nach hinten oben fortsetzt. Atmung links vesikulär. Rechts über der Dämpfung Atmung abgeschwächt; Inspirium schwach vesikulär, Expirium verlängert, in den unteren Partien bronchial. Rechts unten trockene, mittelblasige Rasselgeräusche und vereinzelte Giemen. Stimmfremitus darüber abgeschwächt (Lungeninfarkt). Aspirin 2.0 32. Tag. Temp. 38.3—37.0, Puls 112—100. In dem Sputum finden sich rote und weisse Blutkörperchen und desquamierte Alveolarepithelien; keine Bazillen. 33. Tag. Temp. 37.7—39.6. Puls 100—102. 34. Tag. Temp. 37.7—38.7, Puls 100—102. 35. Tag. Temp. 37.0—37.3, Puls 92—96. 36. Tag. Puls und Temp. normal. 37. Tag. Etwas mehr Hustenreiz; immer noch blutiger Auswurf. Codeintropfen. Über der grossen Dämpfung immer noch lautes Bronchialatmen. Pulv. Doveri. — Afebriler Verlauf. Puls auch normal. 43. Tag. Knisterrasseln über der infarzierten Stelle. 48. Tag. Grossblasige Rasselgeräusche über dem Infarkt. Sputum nur wenig hämorrhagisch. 57. Tag. Atmung über dem infarzierten Lungenbezirk fast rein vesikulär. Kein Sputum mehr. Patientin sitzt auf. Am 63. Tag nach fieberfreiem Verlauf Austritt. Temp. 36.2, Puls 67.

3. Fall. Nr. 169. 1901. P. S. 47 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri interstitiale. Phlegmasia alba dolens duplex.

Seit 4 Wochen klagt die Patientin über heftige Schmerzen im linken Bein und seitdem hütet sie das Bett.

Eintritt am 22. III. Temp. 37.6, Puls 96. 2. Tag. Temp. 36.8—37.5, Puls 92—96 i. D. **94**. 3. Tag. Temp. 36.8. Puls **96**. 4. Tag. Temp. 36.7—38.3, Puls 96—112 i. D. **105**. Starke Schmerzen im linken Bein und Oedem. 5. Tag. Temp. 36.4—38.3, Puls 96—108. Rechtes Bein auch geschwollen, oedematös. Haut glänzend. Die Patientin klagt über heftige Schmerzen in beiden Beinen. 6. Tag. Temp. 37.8—39.3, Puls 116—120. 7. Tag. Temp. 37.9—39.4. — Weiter bleibt die Temp. normal, aber Puls ist immer unruhig: 96—84. 18. Tag. Temp. 36.4—37.7, Puls 84—104. Rechtes Bein etwas stärker angeschwollen, als das linke. Rechte Bauchseite bis zur Nabelhöhe auch etwas geschwollen. Am Abend mehr Schmerzen in den Beinen als während den letzten Tagen. — Afebriler Verlauf, Puls 94—104—84. 25. Tag. Temp. 36.5—36.8, Puls 84—96. An der Innenfläche des rechten Oberschenkels eine leicht gerötete druckempfindliche Stelle. Kein Fieber, Puls 85—80—76—96. Am 40. Tag Operation: Castratio per laparotomiam. Temp. normal, Puls 84—100. Weiter bei normaler Temp. Puls geht herunter. Am 9. Tage nach der Operation Temp. 37.3—37.1 Puls 92—100. Schmerzen im rechten Unterschenkel (Thrombose). Priessnitz. 10. Tag. Temp. 37.5—38.0, Puls 92—108. — Einige Tage besteht Fieber bis 38.4, Puls bis 120 und dann allmählicher Abfall der Temp. und Heruntergehen des Pulses. Am 20. Tag Temp. normal, Puls 100—115. Die Beine sind stark abgeschwollen. — Afebriler Verlauf mit immer hohem Puls: 104—108—112. 34. Tag. Aufstehen. Temp. normal, Puls 92—124. Die Patientin klagt über Ameisenkriechen. Kein Fieber, aber hoher Puls. Am 52. Tag Austritt. Temp. und Puls normal. Die Beine immer noch oedematös geschwollen.

4. Fall. Nr. 264. 1901. D. B. 59 J. alt.

Diagnose: Carcinom beider Ovarien und Parametrien. Carcinosis Peritonei. Beidseitige Lungenembolien.

Eintritt 28. V. 3. VI. Temp. 35.9—36.9, Puls 88—84. 4. VI. Operation: Ovariektomia duplex per laparotomiam. Implantation des durchschnittenen rechten Urethers in die Harnblase. Temp. 36.4—38.7, Puls 84—128. 5. VI. Temp 39.0—38.6, Puls 132. Am 6. VI. um 2 Uhr a. m. Exitus letalis.

Sektion: Anatomische Diagnose: Embolie und Thrombose der Arteria pulmonalis beider Unterlappen. Oedem der rechten Unterlappe. Bronchitis rechts. Pleuritis chronica circumscripta rechts. Carcinose des Parametriums beidseits. Diffuse Carcinose des Peritoneums. Perihepatitis fibrinosa universalis. Artifizielle Stenose des rechten Urethers. Erweiterung des rechten Urethers besonders in der Höhe der rechten Niere. Hydronephrose rechts.

5. Fall. Nr. 325. 1901. W. S. 32½ J. alt.

Diagnose: Abortus mensae VI. Thrombophlebitis der rechten Vena saphena magna.

Eintritt 15. VII. Temp. normal. Puls 68—84 i. D. **76**. 16. VII. Puls 64—80 i. D. **72**. 17. VII. Puls 68—76 i. D. **72**. 18. VII. Puls 72—72 i. D. **72**. 19. VII. Puls 68—64 i. D. **66**. Die Patientin klagt über Schmerzen an der Innenfläche des rechten Oberschenkels; schmerzhafter Varix. Priessnitz. — Afebriler Verlauf. Puls 60—72—80. Am 17. Tag Varizen immer noch gross und schmerzhaft. Rechterseits zieht ein ca. fingerdicker weicher Varix über den unteren Teil des Oberschenkels von innen oben nach aussen und unten. 21. Tag. Aufsitzen. Varizen bedeutend kleiner. 24. Tag. Aufstehen. Kein Fieber, Puls 80. 28. Tag. Austritt. Temp. 36.3, Puls 80. Rechtes Bein nicht mehr geschwollen. Varizen nicht mehr so gross. Rechtes Bein nicht mehr schmerzhaft.

6. Fall. Nr. 342. 1901. L. B. 30 J. alt.

Diagnose: Salpingo-oophoritis abscedens dextra Thrombophlebitis cruris sinistri.

Seit dem Eintritt hat die Patientin immer Fieber, — die Temperaturen morgens sind: 36.8—37.8 abends immer: 38.0—38.9, Puls 80—96. Am 9. Tag Operation: Eröffnung des Abszesses per vaginam. Temp. 37.8—38.2, Puls 94. — Immer noch abendliche febrille Temperaturen, Puls: 85—93—87—91. Am 13. Tag nach der Operation klagt die Patientin über Schmerzen in der linken Wade; daselbst empfindlich, die linke Vena saphena druckempfindlich. Priessnitz. Hochlagerung. 19. Tag. Schwellung des rechten Beines geht zurück. 29. Tag. Rechtes Bein ist fast gänzlich abgeschwollen. Thrombophlebitis zeigt keine Beschwerden mehr.

7. Fall. Nr. 419. 1901. Sch. B. 44 J. alt.

Diagnose: Papilloma proliferans ovarii duplex.

Eintritt 21. X. Temp. 37.1, Puls 100. Fieberloser Verlauf mit immer hohem Puls: 104—100—116—120. Am 25. X. Punktion. Nachher einmalige Temperatursteigerung bis 38.4 und wieder fieberloser Verlauf. 29. X. Operation: Salpingoovariectomia duplex per laparotomiam. Temp. 36.6—37.1, Puls 92—120. 2. Tag nach der Operation. Temp. 37.1—37.6, Puls 120—120 i. D. **120**. 3. Tag. Temp. 37.3—37.4, Puls 116—112 i. D. **114**. 4. Tag. Temp. 37.7—37.9, Puls 108.—116 i. D. **112**. 5. Tag — 2. XI. Temp. 36.5—36.9, Puls 96—108 i. D. **102**. Die Patientin klagt über Schmerzen rechts und links auf der Brust. 3. XI. Abends bekam Patientin plötzlich einen Anfall von Bewusstlosigkeit; konnte noch einige Atembewegungen machen. Campherinjection in der Herzgegend und künstliche Atmung blieben erfolglos. Nach einigen Minuten war Puls nicht mehr zu fühlen. Um 8½ Uhr exitus letalis.

Sektion: Anatomische Diagnose: Embolie der Lungenarterien beiderseits. Thrombose der Coronararterien. Gallenblasenkrebs. Gallensteine. Carcinom der Leber. Peritonitis. Thrombose der Pfortader. Schwellung der Milz. Enteritis follicularis.

8. Fall. Privat. 1901. D. 39 J. alt.

Diagnose: Kystoma ovarii sinistri. Thrombophlebitis duplex.

Eintritt 12. IX. 1901. Temp. und Puls normal. 14. IX. Operation: Ovariotomia sinistra. Wundheilung normal. Am 9. Tag nach der Operation Temp. 37.1—37.7, Puls 80—92 i. D. 86. 10. Tag. Die Wunde per primam geheilt. Entfernung der Nähte. Temp. 36.5—37.5, Puls 84—92 i. D. 88. 11. Tag. Temp. 37.0—37.5, Puls 88—96 i. D. 92. In der linken Wade empfindliche Vene. Priessnitz. Hochlagerung. 13. Tag — 26. IX. Temp. 37.3—38.5, Puls 92—106. Vena femoralis sinistra druckempfindlich; härtliche Stränge; Oedem des Fusses. Die Patientin fiebert 5 Tage lang, nachher Temp. und Puls normal. 30. IX. Oberschenkel noch oedematös. Empfindlichkeit geschwunden. 10. X. Bei normaler Temp. und Puls treten die Schmerzen in der rechten Wade ein. Priessnitz. Hochlagerung. 16. X. Aufsitzen. 18. X. Aufstehen. 21. X. Abends abermals Schmerzen in der rechten Wade. Priessnitz. Bettruhe für 2 Tage. 23. X. Aufstehen. 26. X. Austritt. Keine Oedeme.

9. Fall. Nr. 8. 1902. W. Elisabeth. 61 J. alt.

Diagnose: Carcinomrecidiv. Phlebitis.

Die Patientin ist im Spital seit 11. XII. 1901 bis 12. VI, 1902; sie ist mit Narcotica und Priessnitz gegen Carcinom behandelt worden. Die Temp. und Puls bleiben am meisten normal. 16. III. Temp. normal, Puls 68—84 i. D. 72. 17. III. Puls 68—88 i. D. 78. 18. III. Puls 76—84 i. D. 80. 19. III. Puls 80—88 i. D. 84. Die Patientin klagt über Schmerzen in der rechten Schulter in der Nähe des Ellenbogens und Handgelenks. 21. III. Schmerzen in der rechten Seite. Aspirin. Umschlag. 22. III. Rechts hinten von der VIII. Rippe an Schall verkürzt. Kleinblasige, trockene Rasselgeräusche. Fremitus nicht genau konstatierbar. 24. III. Morphium 0.01. Schmerzen besonders im linken Knie. 27. III. Tiefes Kniesterrasseln an derselben Stelle. 29. III. Linkes Bein oedematös. Hochlagerung. 30. III. Linkes Bein schmerzhaft. Priessnitz. Lungenbefund idem. 1. IV. Bein mehr geschwollen. Kniegegend gerötet. 2. IV. Kniegegend nicht mehr gerötet. 4. IV. Hie und da Gefühl eisiger Kälte im Bein. — Im April abwechselnde Schmerzen im Bein, zeitweise auch im Leib. Gegen Ende des Monats keine Schwellung des Beines mehr; die Schmerzen haben nachgelassen. Leichte Druckempfindlichkeit im oberen Teil der Vena saphena. 5. V. Im Bein keine Beschwerden mehr; linkes Bein zwar immer noch etwas dicker als rechtes. Herabhängenlassen des Beines macht wenig Beschwerden. Keine Temperatursteigerung. 16. V. Aufstehen. 12. VI. Austritt. Keinerlei Beschwerden im Bein.

10. Fall. Nr. 67. 1902. Sch. N. 47 J. alt.

Diagnose: Endometritis fungosa. Thrombophlebitis cruris dextri.

Eintritt 7. II. 8. II. Operation: Curettage, Ätzung mit Karbol (50%). Xeroformgase. Temp. normal, Puls 92—92. 2. Tag nach der Operation Puls 88—96. 3. Tag. Puls 80—84. 4. Tag. Puls 80—88. Kein Fieber. Die Patientin klagt über Druckempfindlichkeit an dem hinteren Teil des linken Unterschenkels längs der Vena saphena. Hochlagerung. Priessnitz. Afebriler Verlauf, Puls bleibt immer noch: 80—90 einmal 100. 18. Tag. Aufsitzen. Die Patientin klagt über Schmerzen in dem rechten Oberschenkel. Ruhe. 20. Tag. Die Patientin hängt die Beine aus dem Bett. Am 24. Tag. Aufstehen wird gut ertragen. 28. Tag. Austritt. Temp. und Puls normal. Keine Schmerzen mehr im Bein.

11. Fall. Nr. 75. 1902. R. Sophie. 22 J. alt.

Diagnose: Retroflexio uteri gravidi. Metritis colli. Residua parametritidis sinistri. Thrombophlebitis pedis dextri.

Eintritt 13. II. Fieberloser Verlauf. 1. III. Temp. 36.5—37.4, Puls 66—74. 2. III. Temp. normal, Puls 68—88. 3. III. Temp. wieder normal, Puls 76—76. Die Patientin klagt über Schmerzen an der rechten Ferse. Jodpinselung. 12. III. Druckempfindlichkeit innen an der rechten Ferse ist sehr gross. Priessnitz. 17. III. Aufstehen. Das Gehen fast unmöglich. 20. III. Das Gehen geht besser. 10. IV. Ausrittt. Kein Fieber, Puls 86. Im Bein keine Beschwerden.

12. Fall. Nr. 198. 1902. F. M. 32 J. alt.

Diagnose: Pleuropneumonia. Thrombophlebitis.

3. VI. Eintritt mit hohem Fieber und entsprechend hohem Puls. — Die Patientin fiebert und hat immer hohen Puls: 100—106—103—105 bis 11. VI. Am 11. VI. Temp. 38.8—38.0, Puls 104—106. Abends Schmerzen im rechten Bein. Hochlagerung. Priessnitz. 14. VI. Rechtes Bein ziemlich geschwollen. Gegen der Fossa ovalis druckempfindlich. 18. VI. Rechtes Bein weniger geschwollen, aber noch nicht wie das linke. Seit 20. VI. Fieberloser Verlauf. Puls geht von 90 allmählich zur Norm. 23. VI. Rechtes Bein beinahe abgeschwollen. Keine Oedeme. Venae im Verlauf noch etwas druckempfindlich. Keine deutliche Resistenz Niederere Lagerung. 24. VI. Hochlagerung wieder nötig. Afebriler Verlauf. 11. VII. Oedeme der Beine etwas geringer, rechts unten stärker als links. Daselbst oberhalb der inneren Knöchel eine leicht gerötete, sehr druckempfindliche Stelle. Priessnitz 1. VIII. Aufstehen. Temp. 37.9. 2. VIII. Temp. wieder normal. 4. VIII. Am Abend Temp. 38.0, Puls 100. 5. VIII. Die Patientin bleibt liegen. 6. VIII. Aufstehen. Kein Fieber mehr, Puls: 73—80—88. 15. VIII. Austritt. Temp. und Puls normal. Keine Oedeme. Wohlbefinden.

13. Fall. Nr. 316. 1902. S. D. 44 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Thrombophlebitis duplex.

Eintritt 4. IX. 6. IX. Operation: Amputatio uteri supravaginale cum adnexe. Temp. 37.9—38,6. Puls 92—96. — Die Patientin fiebert, Puls 108—92—100—96. 14. IX., neunter Operationstag. Temp. 37.7—38.1, Puls 85—96. Schmerzen in den Waden, namentlich rechts. An der schmerzhaften Stelle Rötung und Schwellung, starke Druckempfindlichkeit. Oberschenkel nirgends schmerzhaft. Hochlagerung. Priessnitz. Fieber dauert fort. 16. IX. Auch Druckempfindlichkeit an der Innenseite des rechten Unterschenkels und im unteren Drittel des Oberschenkels im Verlaufe der Vena saphena magna. 17. IX. Starke oedematöse Schwellung beider Oberschenkel. Seit gestern Abend auf der medialen Seite der Patella eine 5 Cts.-stückgrosse, gerötete, schmerzhafte, stark druckempfindliche Stelle. Druck auf die übrige Patella nicht schmerzhaft. Priessnitz. 19. IX. Schmerzen in den Armen. Rechter Oberschenkel kaum noch geschwollen. 20. IX. Schmerzen im rechten Bein haben bedeutend nachgelassen. Keine Schmerzen im linken Bein. 21. IX. Schwellung etwas geringer. 23. IX. Rechtes Bein bedeutend abgeschwollen. 27. IX. Die Schwellung des rechten Beines zusehends abgenommen. 29. IX. Druckempfindlichkeit über das linke Vena saphena magna an der Innenseite des linken Oberschenkels. Hochlagerung. Priessnitz. Linkes Fussgelenk sehr empfindlich bei Druck und Bewegungen. Ruhigstellung des Gelenkes. 1. X. Noch leichte Schmerzen im Verlaufe der Vena saphena. 6. X. Die Patientin fühlt sich besser. Seit gestern kein Fieber mehr. Subjectiv — keine Schmerzen, objektiv immer noch Druckempfindlichkeit. — Afebriler Verlauf, Puls immer 86—94—84. 14. X. Am rechten Unterschenkel auf Druck noch Schmerzen. 22. X. Keine Schmerzen mehr in den Beinen. Flachliegen und auf die Seite liegen. 29. X. Aufsitzen. 31. X. Aufstehen. Seit 3. XI. Wohlbefinden. 9. XI Austritt. Thrombophlebitis vollständig geheilt.

14. Fall. Nr. 396. 1902. T. E. 35 J. alt.

Diagnose: Endometritis. Phlebitis.

Eintritt 4. XI. Temp. normal, Puls 80. 5. XI Operation: Curettage mit Dilatation. Kein Fieber, Puls 72—96. — Fieberloser Verlauf, Puls 76—84—72. 8. XI. Temp. normal, Puls 72—72 i. D. 72. 9. XI. Puls 68—80 i. D. 74. 10. XI. Puls 72—76 i. D. 74. 11. XI. — 7. Tag nach der Operation. — Temp. normal, Puls 68—88 i. D. 78. Aufstehen. Die Patientin klagt über Schmerzen in der linken Wade unten, — beginnende Phlebitis. Priessnitz. 12. XI. Kein Fieber, Puls 80—76. Obige Schmerzen noch nicht verschwunden. Bettruhe. — Afebriler Verlauf, Puls 72—76—88. 14. XI. Aufstehen. Keine Wadenschmerzen mehr. 15. XI. Austritt. Allgemeinbefinden gut. In der linken Wade keine Schmerzen. Objectiv — kein Strang, keine Druckempfindlichkeit.

15. Fall. Privat. 1902. M. 34 J. alt.

Diagnose: Tumor tubo-ovarialis dexter. Endometritis post Abort. Perioophoritis. Stenosis canalis cervicalis partialis.

Eintritt 10. III. 11. III. Operation: Curettage mit Kauterisation. Dilatatio. Puls und Temp. ganz normal. — Afebriler Verlauf. Temp. nie höher als 37.1; Puls nie frequenter als 80. Am 7. Tag nach der Operation morgens früh ganz plötzlich ohne jede Erscheinung Exitus letalis beim Aufsitzen. Lungenembolie.

16. Fall. Nr. 7. 1903. Tsch. M. 36 J. alt.

Diagnose: Descensus und Retroflexio uteri. Metritis. Endometritis. Residua parametritidis. Phlebitis.

Eintritt 20. XI. 1902. 22. XI. Operation: Curettage. Temp. und Puls normal. — Fieberfreier Verlauf, Puls: 60—68—76—80. Am 11. Tage nach der Operation klagt die Patientin über Schmerzen am linken Unterschenkel, — beginnende Phlebitis. Priessnitz. Temp. 36 6—37.0, Puls 72—80. 3. XII. Schmerzen dauern in den Beinen fort. 11. XII. Temp. 36.3—37.0, Puls 72—72. Abends um 8 Uhr plötzlich Schmerzen in der linken Brustseite. Jodpinselung. 12. XII. Früh um 7 Uhr wieder plötzliche Schmerzen wie oben und plötzlich eintretende Blässe; dagegen kein Husten und keine Atembeengung. Die Anfälle wiederholen sich im Laufe des Vormittags noch 2 mal. Temp. 36.5—37,4, Puls 60—80. 27. Tag — 18. XII. Rechtes Bein ohne Schmerzen, ebenso Brust. Beine etwas erhöht. Priessnitz. 27. XII. Schmerzen gering im linken und rechten Bein. Mittags starke Herzpalpitationen. Eisblase. 28. XII. Die „Anfälle“ scheinen in der Hauptsache hysterisch zu sein, da Valer. gute Wirkung ausübt. Temp. und Puls immer normal. 2. I. Auf die Seite liegen. 5. I. Aufsitzen. 9. I. Aufstehen. Die Patientin als geheilt nach Hause entlassen; ist noch recht schwach. Die letzte Zeit ist die Temp. immer normal, — nie über 37.5, Puls aber ist unruhig: 80—76—104—112—80. — 24. I. Wiedereintritt wegen beginnender Thrombose. Temp. normal, Puls 76—96. 25. I. Schwellung an der Innenseite des linken Beines, — leichte Phlebitis. Temp. normal, Puls 76—98. Ueber Nacht Priessnitz. — Afebriler Verlauf mit etwas hohem Puls: 84—100—92. 31. I. Austritt. Temp. 36.6, Puls 92.

17. Fall. Nr. 12. 1903. B. Bertha. 20 J. alt.

Diagnose: Mastitis. Thrombophlebitis.

Eintritt 5. XII. 1902. Denselben Tag Operation: Inzision an der Grenze des äusseren oberen und unteren Quadrant der linken Mamma. Die Patientin fiebert fortwährend: abendliche Temperatursteigerungen bis 38.5, 39.3, Puls: 72—100—116—124—108. 17. XII. Zwei weitere Inzisionen in der inneren Quadranten der linken Mamma. — Immer Fieber. 24. XII. Linkes Bein zeigt Symptome einer Phlebitis. 27. XII. Phlebitis auch am rechten Bein. Ruhelagerung. Priessnitz. Seit 29. XII. kein Fieber mehr, Puls: 96—100—72—80.5. I. Linkes Bein um $6^1/_2$ cm. dicker als das rechte. 9. I. Linkes Bein um $4^1/_2$ cm. dicker als das rechte 13. I. Linkes Bein um 1 cm. dicker als das rechte. 21. I. Die Beine gleich dick, ganz abgeschwollen. 25. I. Aufsitzen. Temp. normal, Puls.

76—90. 29. I. Aufstehen. Kein Fieber, Puls 88—88. 9. II. Austritt. Temp. 36.6, Puls 80. Phlebitis ist ganz geheilt.

18. Fall. Nr. 49. 1903. M. G. 37 J. alt.

Diagnose: Abortus imminens. Nephritis. Hysterie. Phlebitis.

Eintritt 14. I. 15. I. Geburt. Temp. und Puls normal. — Fieberfreier Verlauf, Puls: 88—92—100—104—80. 22. I. Leichte Phlebitis am linken Oberschenkel. Hochlagerung. Priessnitz. — Kein Fieber, Puls: 76—84—92—96—80. 27. I. Aufsitzen. Temp. normal, Puls 92—96. 29. I. Aufstehen mit eingewickelten Beinen. Phlebitis macht keine Beschwerden mehr. 14. II. Austritt.

19. Fall. Nr. 86. 1903. S. Marie. 37 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Phlebitis.

Eintritt 3. II. 6. II. Operation: supravaginale. Amputation des Uterus per laparotomiam. Temp. 36.6—37.7, Puls 76—108. Bis zum 15. II. nur 2 mal abendliche Temperatursteigerungen bis 38.2, Puls 112—94—85. 16. II. — am 11. Tage nach der Operation — treten die Symptome der Phlebitis auf in dem linken Ober- und Unterschenkel. Druckempfindlichkeit im Verlaufe der Vena saphena, ohne dass man irgendwo eine Verdickung fühlt. Besonders die linke Wade und die Malleolargegend ist auffallend geschwollen. Hochlagerung des linken Beines. Priessnitz. Temp. 37.3—38.0, Puls 84—100. — Weiter immer abendliche Temperatursteigerungen: 39.3, 38.7, 38.1 bis zum 15. III, Puls 128—136—120—96—112. 20. II. Linker Oberschenkel ist etwas dünner geworden, Unterschenkel unverändert. Die Patientin will ziemlich heftige Schmerzen in der Wade haben. 22. II. Temp. 39.3. Puls 128. Stechende Schmerzen beim Atmen links vorn unten. Objektiver Befund noch nihil, vielleicht etwas schwaches Inspirum. Seit 6. III. Afebriler Verlauf, Puls: 108—96—84. 9.—14. III. Brennende Schmerzen sollen noch im rechten Bein bestehen, links nicht mehr. 15.—22. III. Die beiden Beine sind abgeschwollen. 28. III. Aufsitzen. 1. IV. Aufstehen. 8. IV. Austritt. Phlebitis abgeheilt.

20. Fall. Nr. 88. 1903. R. L. 35 J. alt.

Diagnose: Phthisis pulmonum. Phlebitis im puerperio.

Eintritt 3. II. Die Patientin ist schon mit den ausgeprägten Symptomen der Phlebitis im Spital aufgenommen worden. Temp. 38.8, Puls 128. 4. II. Linker Ober- und Unterschenkel geschwollen; entlang der Vene keine Druckempfindlichkeit, auch keine periphlebitischen Verdickungen, — einfache Thrombophlebitis. Hochlagerung. Priessnitz. — Fieberfreier Verlauf, Puls immer hoch: 108—128—100. 10. II Schmerzen am linken Bein ganz weg. Oberschenkel jedoch noch etwas geschwollen. 14. III. Austritt. Temp. und Puls normal. Phlebitis abgeheilt.

21. Fall. Nr. 110. 1903. W. W. 35 J. alt.

Diagnose: Phlebitis beider Ober- und Unterschenkel.

Eintritt 15. II. mit ausgeprägten Phlebitissymptomen. Temp. und Puls normal. 18. II. Rechter Oberschenkel ist etwas dicker als der linke. Beide Unterschenkel ganz abgeschwollen, das starke Oedem an den rechten Malleolen verschwunden, diese deutlich konfiguriert. Druckempfindlichkeit entlang der Vena saphena besteht noch. Driessnitz weg. Hochlagerung bleibt noch. 21. II. Beide Extremitäten gleich am Umfang. 26. II. Beine werden nicht mehr hochgelagert. 2. III. Druckempfindlichkeit nur noch sehr gering. 3. III. Aufsitzen. 9. III. Aufstehen. 13. III. Ausser Bett schwellen die Beine noch leicht an. 14. III. Austritt. Nirgends mehr Schmerzempfindlichkeit an den unteren Extremitäten, dieselben ganz abgeschwollen.

22. Fall. Nr. 262. 1903. B. J. 47 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Ruptura perinei completa. Phlebitis.

Eintritt 16. V. Temp. und Puls normal. 18. V. Operation: Totalextirpation des Uterus per vaginam. Perineoplastik. Mastdarmnaht (Lauensteini). Temp. 36.8—37.4, Puls 80—116. — Weiter die Patientin fiebert: 38.0, 38.8, 38.1, Puls hoch. Am 15. Tag nach der Operation Phlebitis. Das rechte Bein ziemlich angeschwollen, schmerzhaft in ganzer Ausdehnung. Temp. 38.0—39.3, Puls 100—120. Fieber dauert weiter fort. 4. VI. Linkes Bein beginnt ebenfalls anzuschwellen, druckempfindlich. 7. VI. Beide Beine stark geschwollen. Seit dem 12. VI. kein Fieber mehr, Puls anfangs unruhig: 92—100 geht allmählich herunter bis zur Norm. 19. VI. Keine Schmerzen, aber noch starke Anschwellung der Beine und Oedem in den tiefliegenden Partien der Beckengegend und des Oberschenkels. 24. VI. Beine fast ganz abgeschwollen, auf Druck nicht mehr empfindlich mit Ausnahme einer Stelle links hinten, unter dem Poupart'schen Bande. 30. VI. Befinden sehr gut. Oedeme ganz geschwunden. Hochlagerung weg. 7. VII. An der Innenseite des rechten Oberschenkels besteht noch ein phlebitischer Herd, der spontan wenig, auf Druck noch empfindlich ist. Die Patientin soll noch ruhig liegen. 12. VI. Aufsitzen. Temp. und Puls normal. Der erwähnte Schmerz an der Innenseite des linken Oberschenkels ist bereits verschwunden. 16. VII. Nachdem die Patientin 2 Tage lang versucht hat die Beine aus dem Bett hängen zu lassen, steht sie heute zum ersten Mal auf. Temp. und Puls normal. Phlebitis macht keine Beschwerden mehr. 15. VII. Austritt.

23. Fall. Nr. 266. 1903. K. Marie. 47 J. alt.

Diagnose: Myomata uteri. Phlebitis.

Eintritt 18. V. 22. V. Operation: Totalextirpation des Uteris per vaginam. Temp. 37.1—37.3, Puls 80—92. Die Patientin fiebert einige Tage, nachher die Temp. normal. 29. V. Temp. 36.6—37.9, Puls 80.—96 i. D. 88. 3. V. Temp. Normal, Puls 76—96 i. D. 86. 31. V. Puls 72—88 i. D. 80. 1. VI. Puls 76—80 i. D. 78. 2. VI. Puls 72—80 i. D. 76. 3. VI. — am 13. Tag nach der Operation — Phlebitis. Temp.

normal, Puls 72. 4. VI. Schmerzen in den Beinen gering. Kein Fieber. Sonstiges Befinden gut. 8. VI. Da die Schmerzen vollständig verschwunden sind, hat Patientin seit gestern keine Umschläge mehr und liegt heute auf der Seite. 10. VI. Aufsitzen. Temp. und Puls normal. 12. VI. Aufstehen. Phlebitis ist ganz abgeheilt. Befinden ist gut. 26. VI. Austritt.

24. Fall. Nr. 283. 1903. G. D. 60 J. alt.

Diagnose: Tuberkulose des rechten queren Schambeinastes. Abszess.

Eintritt 26. V. Temp. normal, Puls 80. 27. V. Operation: Evidement des tuberkulösen Herdes. Temp. normal, Puls 88. 28. V. Puls 96—96 i. D. 96. 29. V. Puls 96—96 i. D. 96. 30. V. Puls 88—96 i. D. 92. 31. V. Puls 86—94 i. D. 90. Die Patientin klagt über Schmerzen auf der Brust. Wundverlauf gut. 1. VI. Temp. normal, Puls 82. Gegen Mittag fühlt sich die Patientin schlecht; bekommt blasses Aussehen. Kampferinjektion. Bei der Abendvisite klagt sie über Engigkeit und Bangigkeit auf der Brust. Gesicht ist blass, Nase und Ohren kalt ebenso Thorax und obere Extremitäten. Sie wird in ein Einzelzimmer überführt, mit Kampferinjektionen und Strophantus behandelt, kollabirt aber trotzdem und stirbt abends um $10^1/_2$ Uhr.

Sektion. Anatomische Diagnose: Tuberkulosis labii pudendi majoris utriusque. Thrombosis venarum perivaginalium et periversicularium. Embolia Pulmonum utriusque.

25. Fall. Nr. 289. 1903. D. S. 32 J. alt.

Diagnose: Abortus completus. Perithyphlitischer Abszess. Thrombophlebitis.

Eintritt 29. V. Temp. 38.0—38.8, Puls 106—116. 2. VI. Operation: Eröffnung eines perithyphlitischen Abszesses per laparotomiam. 10. VI. Operation: Eröffnung eines retrouterinen Abszesses per vaginan. Die Patientin fiebert einige Tage, dann geht die Temp. zur Norm. Puls bleibt unruhig: 100—84—116—92. 9. VII. Die Patientin klagt über Schmerzen im ganzen linken Bein, besonders stark in der Wade. Deutliche Venenzeichnung in der oberen Hälfte des linken Oberschenkels. Das ganze Bein ist geschwollen. Temp. 36.8—37.9, Puls 88—110. 13. VII. Immer noch zeitweise Schmerzen im linken Bein. 19. VII. Status idem. 24. VII. Wiederum ein schmerzhafter, derber Knoten auf der Innenseite des linken Oberschenkels. 27. VII. Das Bein nicht mehr schmerzhaft. 5. VIII. Aufsitzen. Temp. und Puls normal. 8. VIII. Befinden gut. Die Patientin will wieder aufsitzen und die Beine aus dem Bett hängen lassen. Temp. und Puls normal. 10. VIII. Aufstehen. Temp. bleibt immer normal, Puls geht allmählich in die Höhe. 15. VII. Puls 76—94 i. D. 85. 16. VII. Puls 72—104 i. D. 88. 17. VIII. Temp. normal, Puls 84—98 i. D. 91. Phlebitisrecidiv. Nachdem die Patientin in den letzten Tagen immer aufgestanden war und sich

wohl gefühlt hat, klagte sie heute neuerdings über Schmerzen im linken Bein. Dasselbe ist wieder mehr geschwollen, am Oberschenkel deutliche Zeichen der subkutanen Venen und Empfindlichkeit entlang der Vena cruralis. — Fieberloser Verlauf. 26. VIII. Die Bettklötze weg. 29. VIII. Immer noch ziemliche Schmerzen im linken Bein. 3. IX. Linkes Bein in der Kruralgegend immer noch druckempfindlich. Immer noch deutliche Venenzeichnung. 4. IX. Aufsitzen. Temp. und Puls normal. 6. IX. Keine Schmerzen im Bein. 8. IX. Die Patientin kann die Beine aus dem Bett hängen lassen, sie schwellen dabei nicht an. 11. IX. Aufstehen. Temp. und Puls normal. Es geht ganz ordentlich, keine Schmerzen im Bein 3. X. Austritt. Phlebitis ist gut abgeheilt, keine Schmerzen mehr, nur etwas Steifigkeit in den Gelenken.

26. Fall. Nr. 309. 1903. Sch. M. 30 J. alt.

Diagnose: Dammriss. Phlebitis venae cruris sinistri.

Eintritt 15. VI. mit ausgeprägten Symptomen der Phlebitis. Vor 14 Tagen hat die Patientin Geburt gehabt. Jetzt klagt sie über starke Schmerzen, besonders Nachts. Temp. 38.2, Puls 120. 18. VI. Das rechte Bein ist auch geschwollen. 24. VI. Die Schwellung ist bedeutend abgenommen. Die Schmerzen haben ein wenig nachgelassen; sie sind immer stärker während der Nacht. 26. VI. Die Beine nehmen ganz allmählich ab. Die Schmerzen haben vollkommen nachgelassen 2. VII. Keine Schmerzen mehr. 25. VII. Wegnahme der Bettklötzchen. 3. VIII. Aufsitzen. Temp. und Puls normal. 9. VIII. Aufstehen. — Afebriler Verlauf. 21. VIII. Austritt. Allgemeinbefinden gut. Beine nicht mehr geschwollen. Keine verdickte Venen.

27. Fall. Nr. 333. 1903. Sch. H. 50 J. alt.

Diagnose: Endometritis. Phlebitis.

Eintritt 2. VII. Temp. 37.6, Puls 98. 3. VII. Operation: Curettage. — Afebriler Verlauf, Puls 88—92—96. 12. VII. Temp. normal, Puls 84—92 i. D. 88. 13. VII. Puls 92—88 i. D. 90. 14. VII. — 12 Tag nach der Operation — Temp. 37.1—37.6, Puls 90 - 104 i. D. 97. Die Patientin klagt über Schmerzen in der rechten Wade. Leichte Schwellung daselbst. — Die Patientin fiebert einige Tage, Puls 112—108—100—96. 16. VII. Rechtes Bein ist in toto deutlich geschwollen. Subjektiv — wenig Beschwerden. 4. VII. Status idem. Ausser Zucken in dem rechten Bein hat die Patientin keine Beschwerden. — Fieberloser Verlauf. 12. VIII. Hochlagerung weggenommen, da die Patientin keine Beschwerden hat, auch zeigt sich nirgends Druckempfindlichkeit mehr. 14. VIII. Es ist einzig die rechte Malleolargegend noch etwas oedematös. 16. VIII. Aufsitzen. Temp. und Puls normal. 22. VIII. Keine Schmerzen in den Beinen. Der rechte Fuss ist noch etwas oedematös, Die Patientin soll die Beine über den Bettrand hängen lassen. 24. VIII. Aufstehen. Temp. normal, Puls 80—88. 4. IX. Austritt. Rechtes Bein noch immer etwas dicker als das linke. Befinden ist gut.

28. Fall. Nr. 399. 1903. G. B. 47 J. alt.

Diagnose: Endometritis. Thrombophlebitis des linken Oberschenkels.

Eintritt 13. VIII. 14. VIII. Operation: Curettage. — Fieberloser Verlauf, Puls auch normal. 24. VIII. Puls 80—96 i. D. 88. 25. VIII. Puls 76—88 i. D. 82. 26. VIII. Puls 68—80 i. D. 74. 27. VIII. Puls 72. An der Innenseite des linken Oberschenkels ein geröteter, derber, druckempfindlicher Knoten. — Afebriler Verlauf, Puls auch normal. 7. IX. Venen am linken Bein immer noch druckempfindlich und derb. 15. IX. Venen nicht mehr empfindlich. Entfernung von Priessnitz und Hochlagerung. 16. IX. Aufsitzen. 20. IX. Aufstehen. Die Beine nicht mehr geschwollen, nirgends mehr schmerzhaft. Bevor die Patientin aufsteht, werden ihr die Beine mit Flanellbinden eingebunden 24. IX. Austritt. Linker Oberschenkel nicht mehr geschwollen. Die vorhandenen Varizen sind nirgends mehr druckempfindlich und zeigen keine harten Knoten mehr

29. Fall. Nr. 419. 1903. R. Anna. 26 J. alt.

Diagnose: Gonorrhoe acuta. Pelveoperitonitis incipiens. Phlebitis.

Eintritt 31. VIII. Seit dem Eintritt bis Austritt Temp. nie höher als 37,5, Puls 68 -88, nie frequenter. 23. X. Klagen über Schmerzen im rechten Bein. Druckempfindlichkeit im Verlaufe der Vena saphena. Priessnitz. Strenge Ruhe. 27. X. Die Schwellung des Beines hat nicht mehr zugenommen. Die Schmerzen geringer. 2. XI. Entfernung des Priessnitz. Flachlagerung. 4. XI. Keine Schmerzen mehr im Bein. 7. XI. Aufsitzen. 9. XI. Aufstehen. Keine Beschwerden. 14. XI. Austritt.

30. Fall Privat. 1903. E. 29. J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Thrombophlebitis.

Eintritt 15. IX. mit normalen Temp. und Puls. 17. IX. Operation: Castratio. Temp. und Puls normal. — Die Patientin fiebert seit dem 18 IX. bis zum 5 X. Fieberhafter Verlauf bedingt durch die ca. 6 Tage nach der Operation entstandenen Symptome der Thrombophlebitis des rechten Beines in ganzer Ausdehnung an der Wade anfangend geht vielleicht bis Vena iliaca communis. Priessnitz. Hochlagerung. 26. IX. Wunde per primam geheilt. Seit dem 5. X. kein Fieber mehr, Puls immer hoch: 96—100 116—128—108. 10. X. Schmerzen auch im linken Bein, wenn auch nicht so heftig. — Weiter unruhiger Verlauf, sehr heftige nervöse Beschwerden. Beine schwellen allmählich ab. 1. XI. Aufsitzen. Temp. und Puls normal. 4. XI. Aufstehen. 1. XII. Austritt. Beide Beine schwellen noch an.

31. Fall. Privat. 1903. A. 42 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri permagna. Thrombophlebitis.

Eintritt 27. X. Temp. und Puls normal. 29. X. Operation: Amputatio uteri supravaginalis. Verlauf anfangs vortrefflich. 7. XI Wunde per primam geheilt. 14. XI. Schmerzen in der linken Wade.

Temp. 36.6 -37.7, Puls 76 -88. 15. XI. Schmerzen entlang der linken Vena femoralis. Schwellung des Beines zugenommen. Hochlagerung. Priessnitz. Ruhe. - Weiter 3 Tage lang hat die Patientin Fieber, nachher Temp. und Puls normal bis zum Austritt. 29. XII. Aufsitzen, nachdem der linke Oberschenkel an Umfang seit 14 Tage abnimmt. 1. I. Aufsitzen. Befinden gut. Aufstehen. 8. I. Austritt im völligen Wohlbefinden. Linker Oberschenkel ist noch etwas geschwollen.

32. Fall. Nr. 2. 1904. W. Anna. 26 J. alt.

Diagnose: Tumor tubo-ovarialis. Pleuritis. Thrombophlebitis.

Eintritt 26. X. 1903. Temp. 38.1, Puls 104. 14. XI. Operation: Salpingo- et Ovariotomia duplex per laparotomiam. — Fieberhafter Verlauf. I. XII. — am 19. Tag nach der Operation — Schmerzen im ganzen linken Bein. Keine zirkumskripte Druckempfindlichkeit. Temp. 38.3—39.0, Puls 112—120. 2. XII. Starke Druckempfindlichkeit in der linken Inguinalgegend; dieselbe ist abgeflacht. Man spürt eine deutliche derbe Resistenz, welche bis ins Skarpa'sche Dreieck hinuntergeht. Hochlagerung. Priessnitz. Fieber. 3. XII. Schwellung und Druckempfindlichkeit in der linken Inguinalgegend vermehrt. Seit dem 5. XII. Temperatursteigerung und Pulsfrequenz lassen langsam nach. Die Schmerzen in der Schenkelbeuge dauern an. 10. XII. Temp. ist seit einigen Tagen normal. Die Schmerzen im linken Oberschenkel haben sich wesentlich gebessert. Die Schwellung der Schenkelbeuge ist etwas zurückgegangen. Eine deutliche Resistenz besteht noch. 16. XII. Afebriler Verlauf. Im linken Bein hie und da noch ziehende Schmerzen. Eine geringe Schwellung. Druckempfindlichkeit an der linken Leistengegend besteht noch. 20. VII. Temp. normal, Puls 64—80 i. D. 72. 21. XII. Puls 68—88. i. D. 78. 22. XII. — 40. Tag nach der Operation — Temp. 37.2—38.1, Puls 96—104. i. D 100. Starkes Stechen beim Atmen links hinten unten. Aspirin. Strenge Ruhelage. — Lungeninfarkt. 2 Tage dauert das Fieber an. Weiter Temp. und Puls normal. 24. XII. Geringe Menge blutiger Auswurf. 25. XII. Atmung frei. Sputum ohne Blutbeimengung. Leistengegend und Venenverlauf am linken Oberschenkel kaum druckempfindlich. 3. I. Schmerzen im Verlaufe der rechten Vena femoralis. Priessnitz, Temp. und Puls normal. 6. I. Die Patientin hustet und exspektoriert blutiges Sputum. 12. I. Immer noch etwas blutiges Sputum. 8. II. Die Patientin befindet sich fortwährend gut. Nur zeitweise Stechen auf der linken Seite. Objektiv ist jedoch auf der Seite nichts nachzuweisen. 11. II. Austritt. Die Patientin klagt noch über Stechen linkerseits auf der Lunge; sonst Wohlbefinden.

33. Fall. Nr. 114. 1904. F. Rosa. 46 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Thrombophlebitis venae saphenae dextrae.

Eintritt 15. II. Fieberloser Verlauf. 23. II. Operation: Castratio duplex per laparotomiam. Temp. und Puls normal. 24. II. Temp. 38.4

— 38.3, Puls 90—100. — Weiter — afebriler Verlauf. 1. III. Puls 76—76 i. D. 76. 2. III. Puls 80—84 i. D. 82. 3. III. — 10. Tag nach der Operation — Phlebitis. Temp. normal, Puls 72—90 i. D. 84. Die Patientin klagt über Schmerzen in der rechten Wade. Auch die Vena femoralis oben am Oberschenkel druckempfindlich. Priessnitz. Hochlagerung. Seit dem 3. III. leichte Temperatursteigerungen. Schmerzen gering, fast keine Schwellung. 11. III. Klagen über Stechen links auf der Brust. Abends Fieber. Objektiv nihil. Seit dem 11. III. hohes Fieber, starke Schwellung des ganzen rechten Beines. Druckempfindlichkeit der Venen und spontane Schmerzhaftigkeit. Stechen auf der Brust weg. Nie Dyspnoe. Vom 16. III. an kein Fieber mehr. 20. III. Schwellung eher etwas zurückgegangen, ebenso die spontanen Schmerzen, dagegen noch heftige Druckschmerzen, namentlich der Vena saphena in den oberen Partien. 5. IV. Die Schwellung des rechten Beines nimmt zusehend ab. Empfindlichkeit nur noch auf der medialen Seite des distalen Drittels, hinten in der Kniekehle. 7. IV. Weglassen des Priessnitz am rechten Oberschenkel. 12. IV. Die Patientin bewegt ihr rechtes Bein ohne wesentliche Schmerzen. 15. IV. Abends Temperatursteigerung — 38.2. 16. IV. Der rechte Unterschenkel wieder mehr oedematös. Schmerzen und ziemlich umschriebene oedematöse Verdickung auf der Unterfläche des rechten Oberschenkels in seiner unteren Hälfte. Absolute Ruhe. Priessnitz lokal. Hochlagerung. 19. IV. Die Schwellung des rechten Beines ist wieder fast völlig zurückgegangen. Unterfläche des rechten Oberschenkels noch leicht druckempfindlich. Temp. wieder normal. Kein Priessnitz mehr. 20. IV. Aufsitzen. 22. IV. Aufstehen. 27. IV. Rechtes Bein trotz der Flanellwickelung immer stark oedematös. Das Oedem verschwindet auch über Nacht nur teilweise. 4. V. Die Patientin hat sich ordentlich erholt. Sie geht ohne Hilfe, ermüdet aber bald. Rechtes Bein immer stark oedematös, aber nirgends mehr druckempfindlich. 5. V. Austritt. Rechtes Bein immer stark oedematös in toto. Die Patientin geht ohne Hilfe mit einer Flanellwickelung des rechten Beines; soll zu Hause Soolbäder nehmen.

34. Fall: Nr. 172. 1904. S. H. 50 J. alt.

Diagnose: Endometritis. Phlebitis.

Eintrittt 1. II. Temp. und Puls normal. 2. II. Operation: Probecurettage. — Fieberfreier Verlauf. 13. II Links in der Mitte des Oberschenkels varicöse Venen schmerzhaft. Haut in der Umgebung gerötet. Jodpinselung. 15. II. Status idem. Sublimatpriessnitz. 17. II. Auf Aspirin Besserung der Schmerzen im Bein. 28. II. Nach langsamer Besserung Aufstehen. 9. III. Befinden gut. 12. III. Austritt. Phlebitis ist vollständig abgeheilt.

35. Fall. Nr. 217. 1904. H. B. 40 J.

Diagnose: Ruptura perinei completa inverterata. Descensus vaginae anterior et posterior. Laceratio cervicis. Thrombose der rechten Vena saphena.

Eintritt 20. IV. Temp. und Puls normal. 25. IV. Operation: Kolporrhaphia anterior (nach Simon-Gersung), Kolpoperineorrhaphie (nach Hegar-Kaltenbach). Fieberfreier Verlauf, Puls immer normal. 11. V. 17. Tag nach der Operation — klagt die Patientin über Schmerzen im rechten Bein. Kein Oedem. Bettruhe. Priessnitz. Die Venen des rechten Beines druckempfindlich. Hochlagerung des Fussendes des Bettes. 12. V. Oedem. Schmerzen etwas geringer. 13. V. Auch im linken Bein Schmerzen. Kein Oedem. Starke Druckempfindlichkeit der Vena cruralis sinistra und Vena poplitea sinistra. 15. V. Fieber. Die Patientin hat starke Schmerzen in der rechten Inguinalfalte. Eisblase in der Inguinalgegend. 17. V. Die rechte Inguinalfalte ist verstrichen. Oberhalb derselben fühlt man eine knollige Resistenz. Statt der Eisblase wird ein Kältekissen auf die Inguinalgegend gelegt. 18. V. Die Patientin will viel lieber eine Eisblase haben. Schmerzen über d. Tumoren. 20. V. Wieder Fieber. Beim Druck auf die oben erwähnten Tumoren Schmerzen im Bein. 20. V. Die Patientin klagt über starkes Jucken im Bein. Weglassen des Priessnitz. Die Tumoren oberhalb des Lig. inguinale dextrum sind viel kleiner geworden, sind aber noch schmerzhaft. 25. V. Das rechte Bein noch oedematös, aber weniger. 28. V. Rechtes Bein ist nicht mehr viel umfangreicher als linkes. Keine Schmerzen mehr. 1 VI. Entfernung der Fusshochlagerung des Bettes. Keine Druckempfindlichkeit der Venen mehr. 3. VI. Seitenlage. 5. VI. Aufsitzen. 8. VI. Aufstehen. 10. VI. Die Patientin fühlt sich ziemlich wohl; kann ordentlich gehen. Keine Schmerzen. 11. VI. Austritt.

36. Fall. Nr. 243. 1904. G. Josephine. 23 J. alt.

Diagnose: Kystoma ovarii sinistri cum torsione. Degeneratio cystica ovarii dextri. Thrombose der linken Schenkelvenen.

Eintritt 30. IV. Temp. und Puls normal. 2. V. Operation: Ovariotomia sinistra. Resectio ovarii dextri cystici. Temp. 37.5, 37.9, Puls 100—116. 3. V. Fieber. — Weiter fieberloser Verlauf. 9. V. Puls 84—84 i. D. 84. 10. V. Puls 84—100 i. D. 92. 11. V. — 10 Tag nach der Operation — Thrombose. Temp. 37.4—39.2, Puls 92—108 i. D. 100. Schmerzen im linken Bein, Oedem desselben; gegen den Fuss zu etwas zyanotische Färbung. Hochlagerung des Fussendes des Bettes. — Fieberhafter Verlauf bis zum 25. V.; weiter kein Fieber mehr bis zum Austritt. 12. V. Immer noch starke Schmerzen im Bein. An der Austrittsstelle der Vena femoralis unter dem Lig. Pouparti sind harte längliche Massen (Thromben) zu fühlen. Starke Druckempfindlichkeit entlang des Venenverlaufs im ganzen Bein. 16. V. Linke Inguinalfalte verstrichen, druckempfindlich. 18. V. Die Patientin hat etwas weniger Schmerzen. 24. V. Das Bein ist immer noch etwas oedematös, aber weniger stark als früher. — Fieberloser Verlauf. 7. VI. Die Patientin hat keine Schmerzen mehr. Das linke Bein ist noch oedematös. 8. VI. Entfernung der Hochlagerung. Nirgends Druckempfindlichkeit der Venen oder des Unter-

leibes. 10. VI. Oedem des linken Beines viel geringer. 15. VI. Das Oedem hat nicht mehr abgenommen. Die Venen sind nicht druckempfindlich, nicht verdickt zu fühlen. 17. VI. Die Patientin kann die Beine bewegen. Seitenlage. 22. VI. Aufsitzen. Das linke Bein ist bedeutend schlaffer geworden. Bewegung im Knie möglich zu einem rechten Winkel, bei stärkerer Beugung Schmerzen. Venen nicht druckempfindlich. 24. VI. Die Beine sind dünner geworden. 25. VI. Beine über den Bettrand hängen (Einbinden). 26. VI. Aufstehen. Einbinden des linken Beines. 30. VI. Austritt. Die Patientin kann ordentlich gehen. Bei bandagiertem Bein nur geringes Oedem des linken Beines nachweisbar. Nirgends Druckempfindlichkeit. Das Gehen mit Flanellwicklung ohne Beschwerden.

37. Fall. Nr. 385. 1904. M. G. 23 J. alt.

Diagnose: Endometritis puerperalis. Lymphomata tuberculosa colli. Phlegmasia alba dolens utriusque.

Eintritt 1. VIII. Temp. 40.2, Puls 140. Pepsis puerperalis. Ganzen August hohe Temperaturen: 38.0, 40.0; 7. VIII Rechtes Bein seit heute morgen geschwollen, Fussende des Bettes wird daher höher gestellt. 8. VIII. Das rechte Bein immer noch geschwollen, nicht empfindlich. 10. VIII. Rechtes Bein — Status idem. Seit heute morgen sind die Schmerzen im linken Bein, namentlich in der Wadengegend aufgetreten. 11. VIII. Auch das linke Bein ist ziemlich stark geschwollen, sonst Status idem. 14. VIII. Beine immer noch gleich geschwollen, nicht schmerzhaft. 17. VIII. Nachts traten ziemlich heftige Schmerzen im linken Bein auf, linkes Bein wieder etwas mehr geschwollen. 18. VIII. Keine Schmerzen in den Beinen. 30. VIII. Die Patientin klagt noch zeitweise über Schmerzen in der rechten Knöchelgegend. Die Beine sind weniger oedematös. 3. IX. Die Patientin ist seit gestern fieberfrei. 16. IX. Die Schwellung der Beine nimmt allmählich ab. Zeitweise Klagen über Schmerzen in der linken Knöchelgegend. 19. IX. Die Patientin darf auf die Seite liegen. 22. IX. Aufsitzen. Beine wieder etwas mehr geschwollen, nirgends empfindlich. Allgemein Befinden ist recht gut Die Patientin ist andauernd fieberfrei. 26. IX. Aufstehen mit eingewickelten Beinen. 30. IX. Die Patientin fühlt sich recht ordentlich. Sie geht allein ohne Beschwerden. 1. X. Austritt. Beine, untere Extremitäten noch etwas oedematös, nirgends mehr druckempfindlich. Subjektives Wohlbefinden.

38. Fall. Nr. 399. 1904. J. G. 37 J. alt.

Diagnose: Tumor tubo-ovarialis sin. Pelveoperitonitis. Thrombophlebitis duplex.

Eintritt 12. VIII. Temp. und Puls normal. — Fieberloser Verlauf, Puls auch normal. 23. VIII. Die Patientin klagt über Schmerzen im linken Bein. Gegend der Vena femoralis druckempfindlich. Das ganze Bein leicht oedematös. Temp. und Puls normal. 24. VIII. Die Schmerzen auch im rechten Bein. 27. VIII. Befinden etwas besser. 3. IX. Die

Patientin klagt über Schmerzen auf der Innenseite des linken Oberschenkels, fühlt sich sonst wohl. 6. IV. Wenig Schmerzen im linken Bein. Objektiv nichts fühlbar. 11. IX. Das linke Bein ist in der Mitte des Oberschenkels (Innenseite) immer noch ziemlich druckempfindlich. 26. IX. Die Patientin gibt an, keine Schmerzen mehr zu fühlen. 1. X. Austritt. Die Patientin geht mit Flanellwickelung der Beine. Allgemeinbefinden sehr gut.

39. Fall. Nr. 423. 1904. M. Bertha. 39 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri intraligamentosa. Thrombophlebitis duplex.

Eintritt 30. VIII. Temp. und Puls normal. 1. IX. Operation: Supravaginale Amputatio uteri mit Entfernung der Adnexe per laparotomiam. Temp. und Puls normal. Fieberloser Verlauf, Puls 100 104—96. 8. IV. Klagen über Schmerzen in der linken Wade; objektiv nichts nachweisbar. Priessnitz. Puls 96—94 i. D. **95**. 9. IX. Puls 96—100 i. D. **98**. 10 IX. Die Wunde per primam geheilt. Entfernung der Nähte. Puls 100—102 i. D. **101**. 11. IX. Puls 100—110 i. D. **105**. Klagen über Schmerzen spontan und auf Druck im Verlaufe der ganzen linken Vena saphena. Linkes Bein in toto leicht oedematös. Absolute Ruhe. Priessnitz. Hochlagerung. 15 IX. Das linke Bein ist wenig schmerzhaft: objektiv Status idem. Heute abends ein leichter Schüttelfrost, darauf aber keine Temperatursteigerung. 19 IX. Die Patientin klagt auch über Schmerzen entlang der rechten Sena saphena am Oberschenkel spontan und auf leichten Druck. Unterschenkel kaum eine Spur oedematös. Priessnitz. Ruhe. 22. IX. Seit 2 Tagen müssen die feuchten Wickel um die Beine wegen Ekzem entfernt werden. Abgesehen von der doppelseitigen Thrombophlebitis ist die Patientin völlig hergestellt. 30. IX. Die Patientin fühlt sich fortgesetzt wohl. Beine weniger oedematös. Nur noch über der Sena femoralis sinistra etwas Druckempfindlichkeit. 2. X. Beide Beine vollständlich unempfindlich. Die Patientin legt sich auf die Seite. 5. X. Linkes Bein immer noch stark oedematös. Aufsitzen, dabei leichte Schmerzen im Kreuz. 8. X. Aufstehen. Die Patientin ist nicht imstande allein zu gehen, wegen Schwäche in den Beinen und Schmerzen namentlich links. 15. X. Das Gehen geht täglich besser, das linke Bein ist aber immer noch sehr schwach, auch traten leichte Schmerzen auf, namentlich im Kreuz und in der Gegend des Fussgelenkes. Linkes Bein ist noch stark geschwollen. 22. X. Austritt. Die Patientin fühlt sich bereits so sicher auf den Beinen, dass sie ohne Stock gehen kann. Linkes Bein immer noch geschwollen. Keine Schmerzhaftigkeit in den Beinen.

40. Fall. Nr. 453. 1904. D. H. 45 J. alt.

Diagnose: Abortus imminens mensae III.—IV. Thrombophlebitis der Sena saphena sinistra und dextra.

Eintritt 12. IX. Temp. 38.0, Puls 116. — Seit 3 Wochen besteht Thrombophlebitis des linken Oberschenkels. Fuss ist leicht oedematös.

Keine Beschwerden mehr. 29. X. Abort. Temp. 37.2—38.1, Puls 116—120. Afebriler Verlauf, Puls immer normal. 12. XI. 15. Tag nach dem Abort — Schmerzen in beiden Beinen. Keine entzündete Vene ist objektiv nachweisbar. Priessnitz. Bettruhe. Kein Fieber. Fieberloser Verlauf. 13. XI. Die Schmerzen lassen nach. 14. XI. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. 15. XI. Austritt.

41. Fall. Nr. 455. 1904. V. W. 52½ J alt.

Diagnose: Myoma uteri.

Eintritt 13. IX. Tem. und Puls normal. 15. IX. Operation: vaginale Totalextirpation des Uterus. Morcellement des Myomes und Entfernung der Adnexe. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie. Wundheilung gut. — Fieberfreier Verlauf, Puls auch normal. 19. IX. — 5. Tag nach der Operation. — Die Patientin war tagsüber ganz wohl. Abends nach der Visite wird sie von 4 Schwestern sorgfältig gehoben um das Bett zu ordnen. Die Patientin äussert dabei nichts Besonderes. Fünf Minuten darauf läutet sie der Schwester, welche sie blass und kurzatmig findet. Der sogleich herbeigerufene Arzt trifft sie pulslos verfallen und nur noch röchelnd. Kampferinjektion. Nach einigen Minuten erfolg der Exitus letalis.

Sektion. Anatomische Diagnose: Status post hysterektomiam et castrationem. Embolia rami secundae ordinis arteriae pulmonalis dextrae. Tuberculosis obsoleta apicis pulmonum utriusque Myodegeneratio cordis. Tumor lienis. Cyanosis renum

42. Fall. Nr. 465. 1904. S. N. 49 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Phlebitis cruris sinistri.

Eintritt 16. IX. Temp. uud Puls normal. 19. IX. Operation: Hysterectomia vaginalis cum adnexis. Perineoplastik (nach Doléris) Temp. 36.6.—37.9, Puls 84—116. — Fieber dauert 2 Tage lang an, nachher fieberloser Verlauf. 7. X. Puls 72—84 i. D. 78. 8. X. Puls 76—84 i. D. 80. 9. X. Puls 76—84 i. D. 80. 10. X. Temp. normal, Puls 80—88 i. D. 84. Die Patientin beklagt sich über Schmerzen im linken Bein. im Oberschenkel. Kein objektiver Befund. Bettruhe. Priessnitz. 12. X. Die Schmerzen im Bein sind weniger stark. Jodpinselung. 13. X. Noch leichte Schmerzen im Bein. 14. X. Aufstehen. Zeitweise Stechen im Bein. 22. X. Austritt.

43. Fall. Nr. 511. 1904. S. R. 47 J. alt.

Diagnose: Endometritis hyperplastica. Thrombophlebitis cruris dextri.

Eintritt 13. X. Temp. und Puls normal. 14. X. Operation: Curettage. — Afebriler Verlauf. 20. X. — 7. Tag nach der Operation. — Abends Schmerzen im rechten Oberschenkel. Vena saphena sehr druckempfindlich. 22. X. Status idem. 23. X. Die Schmerzen lassen nach. Druckempfindlichkeit gering. 25. X. Die Schmerzen im Bein sind wieder stärker. 27. X. Status idem. Das schmerzhafte Gebiet wird mit Jodtinktur gepinselt. 29. X. Die Schmerzen lassen nach. 30. X. Nur noch

leichte Schmerzen im Bein. 31. V. Fast keine Schmerzen mehr im Bein. Die Patientin darf aufstehen 1. VI. Austritt. Rechtes Bein noch etwas druckempfindlich.

44. Fall. Nr. 514. 1904. T. Marie. 18 J. alt.

Diagnose: Mastitis duplex præcipue dexta suppurativa. Thrombophlebitis.

Eintritt 2. V. Operation: Inzision. Temp. und Puls normal. 4. V. Austritt. Temp 36.9, Puls 100. 14. V. Wiedereintritt. Temp. 39.1, Puls 120. Thrombophlebitis der Vena saphena am rechten Bein. Priessnitz. Hochlagerung. — Fieber bis zum 21. V. 17. V. Allgemein Befinden besser. Bein etwas abgeschwollen 18. V. Rechte Leistengegend sehr empfindlich. 21. V. Die Schmerzen im rechten Bein lassen nach. Abends Schmerzen im linken Bein. 22. V. Keine Schmerzen mehr im rechten Bein. Links sind die Schmerzen weniger stark. 23 V. Keine Schmerzen mehr. 25. V. Wohlbefinden. 10. VI. Austritt. Beine nirgends mehr druckempfindlich, nicht geschwollen.

45. Fall. Nr. 567. 1904. K. Marie. 27 J. alt.

Diagnose. Peritonitis septica puerperalis. Thrombose der Venen: femoralis, iliacæ et cavæ inferiores. Eintritt 11. XI. mit ausgeprägten Symptomen der Thrombophlebitis (29. IX. Normale Geburt). Temp. 38.0. Puls 136. — Die Patientin fiebert fortwährend. — Priessnitz. Hochlagerung der unteren Extremitäten. 17. XI. Die Beine sind beinahe vollständig abgeschwollen. 19. XI. Um $9^1/_2$ Uhr a. m. Exitus letalis infolge der Peritonitis.

Sektion. Anatomische Diagnose: Peritonitis universalis adhäsiva. Die Venæ: saphena, femoralis und iliaca waren beiderseits thrombosiert, ebenso die Vena cava inferior bis zur Einmündungsstelle der Nierenvenen.

46. Fall. Nr. 576. 1904. Sch. 61 J. alt.

Diagnose: Adenocarcinoma corporis uteri.

Eintritt 17. XI. Temp. und Puls normal.

18. XI. Operation: Probecurettage. Temp. und Puls normal. Die Patientin klagt über Bangigkeit und Druck auf der Brust namentlich nachts. 21. XI. Operation: abdominale Totalextirpation des Uterus mit Entfernung der Adnexe. 24. XI. Die Patientin klagt über Herzklopfen und Præcordialdruck. Temp. normal, Puls 96—108 i. D. **102**. 25. XI. Puls 108—116 i. D. **112**. Während der Nacht wurde die Patientin plötzlich sehr aufgeregt, klagte über heftiges Herzklopfen und Flimmern des Herzens. Herzaktion sehr frequent ca. 160. Puls unregelmässig, sehr häufig aussetzend. Auf einige Spritze Campher und Coffein trat während des Vormittages Besserung ein. Eisblase. 26. XI. Puls 112—124 i. D. **118**, Temp. 36.8—38.4. Bis gegen Abend relatives Wohlbefinden. Ca. um 4 Uhr fühlt die Patientin plötzlich heftiges Stechen links hinten unten, unter der Scapula, zugleich tritt im Sputum ziemlich viel hellrotes Blut auf, das Gesicht wird deutlich cyanotisch und die Atmung

angestrengt. Die Diagnose wird auf Lungeninfarkt gestellt. Verordnung: Coffeini subkutan 4 stündlich 1 Spritze, Morphii 0.015. 27. XI. Die Atemnot, die morgens noch ziemlich stark war, lässt während des Tages nach, auch das Stechen auf der Seite wird weniger heftig. Sputum immer noch blutig. Herzaktion ruhiger, kräftig. Coffein wird weggelassen. 28. XI. Im Verlaufe des Vormittages treten wieder heftige stechende Schmerzen auf der linken Brust ein und zwar diesmal von unterhalb der Clavicula, die Atemnot nimmt zu, die Herzaktion wird rascher, die Patientin scheint etwas somnolent zu sein. Abends Temperatur 35.8. Morphium 0.0075 mehrmals. 29. XI. Um Mitternacht wird die Patientin plötzlich wieder sehr unruhig, wirft sich im Bett herum, stöhnt und jammert laut, die Dyspnœ nimmt einen bedenklichen Grad an, Lippen und Wangen stark cyanostisch, Blick starr. Injektion von Morphium 0.015 und Campher, worauf sich das Befinden wieder etwas bessert, die Dyspnœ bleibt aber immer sehr hochgradig, auch Inhalation von Sauerstoff vermag sie nicht zu beseitigen. Stündlich Injektionen von Campher und Coffein abwechselnd. Um 3 Uhr nimmt die Dyspnœ wieder plötzlich sehr stark zu, der Puls, der vorher immer noch verhältnissmässig kräftig gewesen war, wird klein, kaum noch fühlbar und um 3 Uhr 20 Minuten tritt der Tod ein, nachdem das Bewusstsein bereits einige Zeit geschwunden war.

Sektion ergab braune Atrophie des Herzmuskels mit starker Fettdurchwachsung. Embolie der absteigenden Aeste der Arteria pulmonalis beiderseits. Peritonitische Verklebungen der Dünndarmschlingen im kleinen Becken, stellenweise mit eitrigen Belägen. Schwellung der Lymphdrüsen längs der Aorta und der Arteriæ iliacæ communes namentlich rechts, einige davon schon makroskopisch als carcinomatös erkrankt zu erkennen.

47. Fall. Nr. 606. 1904. H. V. 28. J. alt

Diagnose: Mala involutio uteri. Fibrinöser Polyp. Mastitis sinistra. Galactophoritis. Thrombophlebitis puerperalis cruris sinistri.

Eintritt 3. XII. Temp. und Puls normal. Die abgelaufene Thrombophlebitis macht wenig Beschwerden.

9. XII. Operation: Inzision der linken Mamma. Fieberfreier Verlauf. 24. XII. Austritt. Linkes Bein nicht mehr schmerzhaft.

48. Fall. Nr. 8. 1905. W. 27 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri subserosum. Thrombophlebitis cruris sinistri.

Eintritt 14. XI. 1904. Temp. und Puls normal.

18. XI. Operation: supravaginale amputatio uteri mit Entfernung der Adnexe. — Verlauf afebril. 26. XI. Temp. normal, Puls 78—86 i. D. 82. 27. XI. Puls 76 —96 i. D. 86. 28. XI. Puls 88—100 i. D. 94. Schmerzen im linken Bein. Oberschenkel im Gebiet der Vena saphena etwas druckempfindlich. Leichte Schwellung. Hochlagerung. Wunde

p. p. geheilt. Die Nähte werden weggenommen. Abends Temp. 38.5. - Einige Tage hat die Patientin abendliche Temperatursteigerungen, nachher Temp. normal, Puls beruhigt sich allmählich auch. - 29. XI Klagen über Herzklopfen und Kopfschmerzen. Bein noch etwas geschwollen, druckempfindlich. 1. XI. Das Bein ist noch etwas geschwollen, keine Schmerzen. 3. XII. Wieder Schmerzen im Bein. 5. XII. Die Schwellung hat etwas abgenommen. 6. XII. Die Patientin fühlt sich besser. Keine Schmerzen im Bein. 7. XII. Bein noch etwas geschwollen. 12. XII. Keine Schmerzen. 15. XII. Das Bein ist nur noch leicht geschwollen. 18. XII. Bein abgeschwollen. Keine Schmerzen mehr. 28. XII. Aufsitzen. 30. XII. Beine heraushängen. 31. XII. Aufstehen. 3. I. Die Patientin kann gut laufen ohne Beschwerden. Wohlbefinden. 10. I. Die Patientin klagt wieder über Schmerzen im linken Knie, das etwas geschwollen ist, ebenso sind die Knöchel und der Unterschenkel etwas dicker als rechts. 11 I. Austritt. Temp. und Puls normal Vollständiges Wohlbefinden.

49. Fall. Nr. 11. 1905. E. F. 62 J. alt.

Diagnose: Carcinoma portionis inoperabile. Thrombophlebitis.

Eintritt 22. XI. 1904. Temp. und Puls normal.

25. XI. Operation: Excochleatio. — Fieberloser Verlauf, Puls unruhig: 72—100—80—104—84, 17. I. Die Patientin klagt über Schmerzen im rechten Oberschenkel. Druckempfindlichkeit im Bereiche der grossen Gefässe. Keine Schwellung. Priessnitz. Immer fieberloser Verlauf, Puls ist nur einige Male 100 sonst: 80—90—84. 21. I. Schmerzen im Oberschenkel immer noch vorhanden. 22. I. Fast keine Schmerzen mehr. 31. I. Aufsitzen. 3. II. Aufstehen. Befinden gut. 11. II. Austritt. Thrombophlebitis ist vollständig abgeheilt.

50. Fall. Nr. 13. 1905. K. E. 52 J. alt.

Diagnose: Myomata uteri. Neuralgia cruris dextri, Thrombophlebitis cruris sinistri.

Eintritt 24. XI. 1904. Temp. und Puls normal. — Fieberloser Verlauf. Neuralgische Schmerzen im rechten Bein. Aspirin.

29. XI. Operation: supravaginale Amputatio uteri. Wundheilung normal. 9. XII. Die Nähte werden weggenommen. Prima intentio. 10. XII. Puls 76—92 i. D. 84. 11. XII. Puls 80—84 i. D. 82. 12. XII. Puls 72—80 i. D. 76. 13. XII — 15. Tag nach der Operation — Thrombose. Temp. normal, Puls 64— 80 i. D. 72. Linker Oberschenkel ist druckempfindlich. 15. XII. Keine Schmerzen mehr. Wohlbefinden. 30. XII. Heraushängen der Beine. Zeitweise neuralgische Schmerzen im rechten Bein. 23. I. Austritt. Thrombophlebitis des linken Beines macht keine Beschwerden mehr. Die Patientin klagt noch über rasche Ermüdung im rechten Bein und zerstreute Schmerzen darin.

51. Fall. Nr. 14. 1905. D. 48 J. alt.

Diagnose: Kystoma ovarii sinistri carcinomatosum. Pleuritis exsudativa sinistra. Thrombophlebitis duplex.

Eintritt 24. XI. 1904. 1. XII. Temp. normal, Puls 100—100 i. D. **100**. 2. XII. Puls 92—100 i. D. **96**. 3. XII. Puls 90—100 i. D. **95**. 4. XII. Puls **92**, Temp. normal. Während des Tages traten plötzlich erhebliche Schmerzen auf im linken Bein. 5. XII Schmerzen im Bein sind noch etwas stärker geworden. Hochlagerung des Fussendes des Bettes. Priessnitz. Hierauf etwas Erleichterung. 6. XII. Die Schmerzen im Bein noch heftiger. Absolute Rückenlage. Linkes Bein stark geschwollen. 8. XII. Klagen über Schmerzen auf der rechten Seite in der Ileocœcalgegend: der aufgelegte Thermophor bringt etwas Linderung. 9. XII. Immer noch Schmerzen im linken Bein. 12. XII. Nachts wieder erhebliche Schmerzen im linken Bein, welche die Patientin nicht schlafen lassen. Tagsüber Wohlbefinden. 15. XII. Das linke Bein beginnt abzuschwellen, die Schmerzen lassen darin nach. 19. XII. Wieder Klagen über Schmerzen im rechten Bein. Priessnitz. 21. XII. Die Schmerzen im rechten Bein lassen bereits wieder etwas nach. 22. XII. Die Schmerzen rechts sind fast geschwunden, dagegen sind sie im linken Bein etwas stärker aufgetreten. 24. XII. Immer noch Schmerzen im linken Bein. 9. I. Beine sind nicht mehr geschwollen und nicht druckempfindlich. 12. I. Aufsitzen.

16. I. Operation: ovariotomia duplex. Wundheilung normal. 26. I. Entfernung der Nähte. Wunde p. p. geheilt. 4. II. Die Patientin klagt noch über etwas Müdigkeit und Schmerzen in den Beinen beim Gehen, im ganzen aber fühlt sie sich vollständig wohl. 12. II. Leichte Oedeme der Beine. 16. II. Austritt. Die Beine sind noch leicht oedematös. Subjektives Wohlbefinden.

52. Fall. Nr. 21. 1905. H. 36 J. alt.

Dianose: Abortus incompletus mensæ III. Endometritis. Thrombophlebitis.

Eintritt 9. XII. 1904. Temp. und Puls normal.

Operation: Curettage. — Fieberhafter Verlauf. 12. XII. Linkes Bein druckempfindlich, besonders die Wadengegend. Abends Temp. 39.0, Puls 96. 13. XII. Bein ist leicht geschwollen. Priessnitz. Hochlagerung. 26. XII. Keine Schmerzen im Bein. Wohlbefinden. 31. XII. Klagen über Schmerzen in der linken Kniekehle; daselbst eine kleine Anschwellung, keine Fluktuation. Noch Fieber. Priessnitz. 4. I. Schmerzen im Knie lassen nach. 10. I. Keine Schmerzen mehr. Wohlbefinden. Afebriler Verlauf, Puls normal. 3. II. Schmerzen in der rechten Wade. Harter Strang zu fühlen. Priessnitz. 6. II. Bein immer noch druckempfindlich. 8. II. Aufstehen. Es geht ordentlich. 28. II. Etwas Schmerzen im Bein. 1. III. Austritt.

53. Fall. Nr. 24. 1905. L. W. 27 J. alt.

Diagnose: Thrombophlebitis cruris dextri in graviditate.

Eintritt 13. XII. 1904 mit Thrombophlebitis des linken Beines. Das Bein ist nicht sehr stark geschwollen aber sehr druckempfindlich,

besonders die Wade. Hochlagerung. Priessnitz. 15. XII. Immer noch Druckempfindlichkeit im Bein. Schwellung mässig. 24. XII Die Patientin hat immer noch geringe Schmerzen. 26 XII. Aufsitzen. 30. XII. Aufstehen. Die Patientin fühlt sich müde. 4. I. Wohlbefinden. 6. I. Austritt. Linker Unterschenkel noch leicht geschwollen, nirgends mehr druckempfindlich.

54. Fall. Nr. 25. 1905. M. 34 J. alt.

Diagnose: Thrombophlebitis puerperalis cruris sinistri.

Eintritt 13. XII. 1904. Linkes Bein im Bereiche der Vena femoralis und saphena sehr druckempfindlich, die gleiche Druckempfindlichkeit findet sich auch in der ganzen Wadengegend: man fühlt hier die thrombosierten Venen als derbe Stränge. Unterschenkel ist leicht geschwollen. Hochlagerung. Priessnitz. 14. XII. Die Patientin fühlt sich besser. Die Schmerzen lassen nach Das linke Bein ist leicht geschwollen. 21. XII. Keine Schmerzen mehr. 24. XII. Nur noch schwache Schmerzen bei Druck auf die empfindliche Stelle. 1. I. Aufsitzen. 3. I. Aufstehen. Das Laufen geht mühsam. Die Patientin hat Schmerzen beim Aufstellen des kranken Fusses. 5. I. Wohlbefinden. 10. I. Klagen über Müdigkeit im linken Bein. 12. I. Austritt. Linkes Bein namentlich um die Knöchel herum noch leicht geschwollen, nirgends mehr druckempfindlich.

55. Fall. Nr. 28. 1905. R. S. 29. J. alt.

Diagnose: Sepsis puerperalis post abortum. Endocarditis. Thrombophlebitis et Phlebitis abscedens cruris sinistri.

Eintritt 19. XII. 1904 mit Thrombophlebitis des linken Beines. Temp. 38.6, Puls 104. Starke Schmerzen im Bein. Das Bein, besonders Unterschenkel ist stark geschwollen, an seiner Innenfläche etwas unterhalb des Kniegelenkes eine ca. 2 handtellergrosse gerötete Stelle, welche teilweise scharf gegen die Umgebung abgrenzt. Die ganze Kniekehle und die Gegend unterhalb derselben ist sehr druckempfindlich. Man fühlt bei der Palpation deutlich die harten thrombosierten Venen. Oberschenkel nur wenig geschwollen; Vena saphena daselbst nur wenig empfindlich. Hochlagerung. Priessnitz. — Fieberhafter Verlauf bis 1. II. 20. XII. Gegen Abend plötzlich auftretende stechende Schmerzen oberhalb der linken Clavicula. Kein Husten. Thermophor. 21. XII. Schmerzen am Bein nur bei Berührung. Über die linke Clavicula selten wenig Stechen. 22. XII. Die Rötung am linken Bein wenig blasser. Immer noch starke Schmerzen. 25. XII An der geröteten Stelle unterhalb und seitlich der Kniekehle deutliche Fluktuation. Probepunktion ergibt Eiter (Strepto- und Staphylococcen) ca. 2 Esslöffel. Alkoholpriessnitz über die thrombosierten Venen. 26. XII. Die kranken Stellen entschieden weniger druckempfindlich und weniger gerötet. — Seit dem 4. I. von der Kniekehle an aufwärts ist ein derber sehr empfindlicher Strang zu fühlen. Immer noch Fieber. 18. I. Die Patientin hat Schmerzen auf der Brust und Dyspnœ. Eisblase. 19. I. Dyspnœ. Injektion von

Campher und Coffein. 22. I. Keine Dyspnœ mehr. 23. I. Die Patientin fühlt sich wohler. 24. I. Die Patientin hat Schmerzen im linken Oberschenkel: derselbe geschwollen und gerötet, œdematös. 25. I. Wieder Dyspnœ. 31. I. Die Rötung geht vom Oberschenkel nach abwärts über Fussrücken (Erisipelas migrans). Seit dem 1. II. fieberloser Verlauf. 2. II. Rötung am rechten Oberschenkel. 4. II. Schmerzen auf der Brust. 11. II. Hochlagerung des Bettes weg. Linkes Bein etwas œdematös. 13. II. Wohlbefinden. 18. II. Aufsitzen. 23. II. Etwas Stechen im Bein. 24. II. Aufstehen. Wohlbefinden. 4. III. Austritt. Linkes Bein in toto noch erheblich verdickt, nirgends druckempfindlich.

56. Fall. Nr. 39. 1905. E. T. 33 J. alt.

Diagnose: Abortus mensæ III. Trombophlebitis cruris dextri.

Eintritt 30. XII. 1904. Temp. normal, Puls 100.

Operation: Curettage. 31. XII. Entfernung des Vaginaltampons. Fieberloser Verlauf. — 2. I. Die Patientin klagt über Schmerzen in der rechten Wade. Priessnitz. Objektiv nihil. 5. I. Keine Schmerzen. Wohlbefinden. 8. I. Aufstehen. 9. I. Austritt. Das Bein nicht mehr druckempfindlich.

57. Fall. Nr. 45. 1905. M. C. 39 J. alt.

Diagnose: Polypus cervicis mucosus. Endometritis. Trombophlebitis cruris dextri.

Eintritt 5. I. Temp. und Puls normal.

6. I. Operation: Curettage. Fieberloser Verlauf. Puls 72, 80, 70, 68, 72. 12. I. Aufstehen. Temp. 36,8—37,6. Puls 70—86. Abends Schmerzen in der rechten Wade. Druckempfindlichkeit. Bettruhe. 13. I. Schmerzen etwas geringer. 16. I. Immer noch Schmerzen in der rechten Wade. Schwellung ist keine vorhanden. 18. I. Schmerzen lassen nach. 22. I. Aufstehen. Beim Gehen noch etwas Schmerzen im rechten Bein. 23. I. Austritt. Rechte Wade noch etwas druckempfindlich.

58. Fall. Nr. 60. 1905. G. D. 40 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Thrombophlebitis cruris dextri und der Bauchwände.

Eintritt 16. I. Temp. und Puls normal. 19. I. Operation: Extirpatio uteri totalis per vaginam. Perineorrhaphie. Afebriler Verlauf, Puls unruhig: 78—100—110—80—96. Wundheilung normal. 8. II. Puls 80—96 i. D. 88. 9. II. Puls 78—96 i. D. 87. 10. II.—23. Tag nach der Operation Thrombose. Puls 76—90 i. D. 83. Temp. immer normal. Schmerzen im rechten Oberschenkel, daselbst fühlt man einen derben Strang. Priessnitz. Rückenlage. 12. II. Schmerzen etwas geringer. 14. II. Im Bein immer noch etwas Schmerzen. 16. II. Wohlbefinden. 18. II. Umschlag am Bein entfernt. 23. II. Aufsitzen. 28. II. Aufstehen. Wohlbefinden. — Temp. und Puls immer normal. 4. III. Schmerzen auf der rechten Bauchseite, Thrombophlebitis der Vena epigastrica. Temp. und Puls normal. 4.—7. III. Noch etwas Schmerzen auf der rechten

Seite. 7. -13. III. Wohlbefinden. Thrombophlebitis kaum mehr vorhanden. 18. III. Austritt. Die Patientin hat keine Beschwerden.

59. Fall. Nr. 69. 1905. Sch. D. 26 J. alt.

Diagnose: Dextroretropositio uteri. Tumor tubo-ovarialis duplex. Pelveoperitonitis exsudativa in resorptione. Thrombophlebitis cruris dextri.

Eintritt 19. I. Temp. und Puls normal. — Afebriler Verlauf. 7. II. Die Patientin hat am rechten Oberschenkel Schmerzen, daselbst oberflächlich ein derber Knoten fühlbar. Priessnitz. 8. II. Schmerzen im Oberschenkel geringer. 10. II. Aufstehen. Keine Schmerzen mehr. 11. II. Austritt. Wohlbefinden.

60. Fall. Nr. 78. 1905. F. 52. J. alt.

Diagnose: Kystoma ovarii duplex carcinomatosum. Thrombophlebitis.

Eintritt 24. I. 26. In der linken Kniegegend, zum Teil über der Patella, zum Teil etwas unterhalb derselben gelegen eine ca. kleinhandtellergrosse, stark gerötete, fluktuierende, druckempfindliche Partie. Probepunktion ergibt Eiter. Operation: Eröffnung des Abszesses. 31. I. Klagen über Stechen auf der Lunge links hinten unten. Objektiv nihil. — Afebriler Verlauf. 7. II. Puls 84—92 i. D. 88. 8. II. Puls 92—92 i. D. 92. 9. II. Puls 92—92 i. D. 92. 10. II. Schmerzen im rechten Bein, namentlich auf Druck im Verlaufe der Vena saphena magna. Temp. 37.1—37.7, Puls 88 -100 i. D. 96. Priessnitz. 11. II. Rechtes Bein leicht oedematös geschwollen, druckempfindlich. 13. II. Bein nicht mehr schmerzhaft. 14. II. Operation: ovariotomia duplex. — Fieber. 20. II. Das linke Bein namentlich im Unterschenkel etwas geschwollen. (Hochlagerung des Fussendes des Bettes) keine Schmerzen darin nur das Gefühl der Schwäche. 21. II. Klagen über Schmerzen in beiden Beinen, beide etwas geschwollen. 23. II. Die Schmerzen in den Beinen sind geschwunden, Gefühl der Schwere in denselben, leichte Schwellung. 26. II. Die Patientin fühlt sich sehr müde in den Beinen. Keine Schmerzen. Das linke Bein noch etwas oedematös. — Afebriler Verlauf. 9. III. Aufsitzen. 12. III. Aufstehen. 14. III. Das linke Bein ist immer etwas geschwollen, im übrigen fühlt sich die Patientin täglich kräftiger. 18. III. Austritt. Gebessert.

61. Fall. Nr. 116. 1905. F. Tsch. 25 J. alt.

Diagnose: Peritonitis. Pleuritis sinistra. Nephritis. Eintritt 11. II. mit hohem Fieber — 40.3, Puls 126. Man denkt an Influenza, da die Frau afebriles Wochenbett hinter sich hat. 12. II. Operation: Curettage. Temp. 38.7 -40.2, Puls 116 120. Husten. 14. II. Die Patientin sieht livid aus. Husten unbedeutend. Klagen über Schmerzen in beiden Schultern. Lungenbefund ergibt auf der rechten Seite in der Mammilargegend schwache Dämpfung und Knisterrasseln. 15. II. Puls ist elend und klein. Seit Mittag dreistündliche Koffeininjektionen, abends noch Campher. 16. II. Gesicht livid. Zustand elend. Die Patientin

deliriert. Dreistündliche Koffeininjektionen blieben erfolglos. Um 1 Uhr p. m. Exitus.

Sektion. Anatomische Diagnose: Peritonitis fibrinosa diffusa, Pleuritis sinistra. Embolia pulmonum. Nephritis parenchymatosa.

Uterus vollständig normal, Innenfläche von hellroter Farbe nirgends zersetzt, keine Thrombosen, auch die Parametrien vollständig frei. Ein Ausgangspunkt für die Infektion kann nirgends gefunden werden, vielleicht — Influenzaperitonitis.

Aus dem Herzblut angelegten Kulturen ergaben Streptococcen.

62. Fall. Nr. 151. 1905. W. W. 42 J. alt.

Diagnose: Prolapsus uteri cum retroflexione. Prolapsus vaginae anterior. Elongatio colli supra-vaginalis. Eversio mucosae. Bronchopneumonie. Lungenembolie.

Eintritt 6. III. Temp. und Puls normal. 10. III. Operation: Colporrhaphia anterior. Colpoperineorrhaphie. Alexander-Adams'sche Operation. Abends Temp. 37.8, Puls 116. 11 12. III. Mässiges Fieber. Ziemlich starkes Husten. Codein. Morphium. Klagen über Stechen auf der Seite. 13. III. Husten, besonders nachts. 14. III. Während der Nacht viel Husten und Stechen auf der rechten Seite. Die Untersuchung ergibt, dass sich eine Infiltration in beiden Unterlappen entwickelt hat. Lungengegend besonders rechts bis zur Mitte der Skapula hierauf gedämpft. Rasselgeräusche, Atemgeräusch meistenteils vesikulär bis bronchial. Hie und da sind pfeifende Geräusche wahrgenommen worden. Sputum nicht typisch rostbraun, obwohl etwas mit Blut vermischt, ziemlich reichlich. 15. III. Wunde per primam geheilt. Entfernung der Nähte. Die Patientin fiebert immer. 18. III. Die Schmerzen auf der Seite bestehen immer noch in toto. 19. III. Sputum etwas rostfarbig. Husten stärker. Dämpfung besteht noch. An einer Stelle unterhalb der rechten Skapula Bronchialatmen. 20. III. Klagen über Stechen auf der Brust, besonders beim Atmen. 22. III. Stechen besonders auf der rechten Lungenspitze, Sputum blutig, reichlich, ziemlich zähe. Rechts hinten, unterhalb der Skapula noch deutliche Rasselgeräusche. 23. III. Immer noch Fieber. Die Patientin fühlt sich recht schwach. 24. III. Husten. Zähes, blutiges Sputum. 25. III. Die Patientin fühlt sich bedeutend besser, jedoch immer Klagen über Stechen auf der Seite. 26. III. Es ist weniger Auswurf vorhanden, jedoch enthält derselbe immer noch Blut. 27. III. Die Auskultation ergibt beinahe keine abnormen Geräusche mehr. Rechts noch vereinzeltes Rasseln unterhalb der Skapula. Auswurf ist stark zurückgegangen, jedoch immer noch etwas blutig. Husten weniger. 22. III. Immer noch Fieber. Die Patientin ist während der Nacht plötzlich gestorben, ohne dass die Schwester oder die daneben liegenden Patientinnen etwas bemerkten. Als die Schwester sie vorhersah, schlief sie.

Sektion ergab Lungenembolie, wahrscheinlich ausgehend von thrombosierten Beckenvenen.

63. Fall. Nr. 159. 1905. H. F. 36 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Descensus vaginae anterior. Thrombophlebitis.

Eintritt 11. III. Temp. normal, Puls 92. 14. III. Operation: Amputatio uteri supravaginalis mit Entfernung der Adnexe. Abends Temp. 37.9, Puls 100. 15.—16. III. Temp. 38.5—38.9—39.1. Husten. Auswurf ist etwas blutig gefärbt. Stechen auf der Seite. Kleinblasiges Knisterrasseln. 17. III. Schmerzen in den Beinen. Hochlagerung. Priessnitz. 21. III. Fast kein Husten mehr. 22. III. Beine nicht mehr schmerzhaft. 24. III. Entfernung des Priessnitz. 25. III. Etwas Schmerzen im linken Bein. Priessnitz. 26. III. Die Wunde per primam geheilt. 27. III. Wohlbefinden. 1.—3. IV. Das Allgemeinbefinden ist gut. Die Patientin klagt aber hin und wieder über Schmerzen in beiden Beinen, mit wechselnder Lokalisation derselben; vorsichtshalber lässt man sie vorderhand noch ruhig liegen. 10. IV. Aufsitzen. Die Schmerzen im Bein haben nachgelassen. Befinden gut. Temp. normal. Puls 76—88 i. D. 82. 11. IV. Puls 76—96 i. D. 86. 12. IV. Temp. normal, Puls 88—100 i. D. 94. Es geht der Patientin nicht gut, sie hat Brechreiz, Stechen auf der rechten Seite und etwas Blut im Auswurf. — Weiter fieberte die Patientin zwei Tage lang, nachher kein Fieber mehr bis zum Austritt. 13. IV. Heftiges Stechen auf der Brust, ziemlich viel Blut im Auswurf. Morphium. Priessnitz. Diät. 14. IV. Stets noch Stechen auf der linken Seite. 15. IV. Auswurf ist weniger blutig, dagegen viel Husten. 18. IV. An den schmerzhaften Stellen, auf der rechten Seite der Brust, hört man etwas rauhes Atmen und ganz wenig Rasseln. Iodanstrich. 20.—24. IV. Im Auswurf nur noch ganz wenig Blut, auch das Stechen auf der Brust hat nachgelassen. Das Bein ist noch wenig druckempfindlich. 25. IV. Nur noch wenig Husten. 26.—28. IV. Täglich etwas besser. 2. V. Auf der Brust keine Schmerzen mehr. Aufsitzen. 7. V. Aufstehen. 8.—13. V. Wohlbefinden. 15. V. Austritt.

64. Fall. Nr. 180. 1905. S. L. 45 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Neurasthenie. Ruptura perinei incompleta. Thrombophlebitis.

Eintritt 27. III. Temp. und Puls normal. 29. III. Operation: Hysterectomia totalis vaginalis mit Entfernung der Adnexe und medianer Spaltung der vorderen Uteruswand. Kolpoperineorrhaphie. Die Patientin hat verschiedene Beschwerden. Temp. und Puls sind immer normal. 8. V. Temp. normal, Puls 68—74 i. D. 71. 9. V. Puls 68—76 i. D. 72. 10. V. Puls 72—78 i. D. 75. 11. V. Puls 68—74 i. D. 71. Die Patientin klagt über Schmerzen im linken Bein, das an der Wade druckempfindlich ist. 13. V. Stets starke Druckempfindlichkeit unten am linken Unterschenkel. 20. V. Aufsitzen. Die schmerzhafte Stelle bleibt gleich stark druckempfindlich. 23. V. Aufstehen. 29. V. Austritt. Thrombophlebitis ist vollständig abgeheilt.

65. Fall. Nr. 182. 1905. L. B. 58 J. alt.

Diagnose: Descensus vaginae anterior et posterior. Kystoma ovarii sinistri. Ruptura perinei incompleta. Thrombophlebitis cruris dextri.

Eintritt 28. III. 1. IV. Operation: Ovariotomia sinistra. — Bis zum 13. IV. hat die Patientin Fieber, nachher afebriler Verlauf. Die Wunde per primam geheilt. 22. IV. Aufstehen. Da aber die Patientin abends etwas Schmerzen am rechten Unterschenkel hat, muss sie vorsichtshalber im Bette liegen bleiben. Temp. normal, Puls 84—88. i. D. 86. 23. IV. Puls 80—96 i. D. 88. 24. IV. Temp. 36.5—37.9, Puls 88—100 i. D. 94. 25. IV. Die Schmerzen im rechten Unterschenkel. Priessnitz und strengste Bettruhe. Temp. 36.6—38.0, Puls 80—88. i. D. 84. 26.—29. IV. Keine Temperatursteigerung mehr. Abnahme der Schmerzen; auch auf Druck keine Schmerzhaftigkeit mehr. 30. IV. Auf die Seite liegen. 3. V. Aufsitzen. 5. V. Kein Fieber. Keine Druckempfindlichkeit mehr an der Wade. Aufstehen. 6. V. Wohlbefinden. 8. V. Austritt. Thrombophlebitis ist vollständig abgeheilt.

66. Fall. Nr. 186. 1905. F. 21 J. alt.

Diagnose: Salpingooophoritis sinistra. Salpingitis dextra. Ulcus ventriculi chronica. Thrombophlebitis cruris sinistri.

Eintritt 30. III. Temp. und Puls normal. — Die Patientin hat verschiedene Beschwerden. Entsprechende Behandlung. — Fieberhafter Verlauf. 14. IV. Klagen über Stechen auf der Brust. Husten. Hinten links findet sich eine Dämpfung, dagegen keine Geräusche. Seit dem 27. IV. afebriler Verlauf, Puls normal. 1. V. Operation: Salpingooophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra. Normale Wundheilung. — Die Patientin fieberte einige Tage. 11. V. Die Wunde per primam geheilt. Kein Fieber mehr. 12. V. Klagen über Schmerzen in der linken Wade, die leicht druckempfindlich ist. Priessnitz. 13. V. Die linke Wade und Oberschenkel ziemlich druckempfindlich. 14.—21. V. Die Druckempfindlichkeit ist noch vorhanden, hat aber wesentlich abgenommen. 4. VI. Aufstehen. Thrombophlebitis macht keine Beschwerden. 5. VII. Austritt.

67. Fall. Nr. 198. J. H. 39 J. alt.

Diagnose: Myomata uteri. Thrombophlebitis.

Eintritt 5. IV. Temp. und Puls nomal. 8. IV. Operation: Amputatio uteri supravaginalis mit Entfernung der linken Adnexe. Seit der Operation hat die Patientin Fieber bis zum 13. IV. nachher kein Fieber mehr. 17. IV. Puls 88—92 i. D. 90. 18. IV. Puls 88—96 i. D. 92. Die Wunde per primam geheilt. 19. IV. Temp. 37.1—38.3, Puls 96—120 i. D. 108. Klagen über ziemlich starke Schmerzen im linken Bein. Priessnitz. 20. IV. Das linke Bein ist stark geschwollen und bei Druck auf die grossen Gefässe sehr schmerzhaft. Fieber. 22. IV. Auch im rechten Bein Schmerzen, ohne deutliche Schwellung. Priessnitz. 23. IV. Rechts haben

die Schmerzen nachgelassen, doch ist das linke Bein, besonders am Oberschenkel, sehr stark geschwollen. Vom 25. IV. ist die Patientin fieberfrei, aber stets noch druckempfindlich an den Beinen. Temp. ist immer noch febril. 3. V. Linkes Bein ist viel dicker als rechtes. 4.—7. V. Leichte Abnahme der Schwellung und der Druckempfindlichkeit. 8. V. Linkes Bein ist weniger geschwollen, als früher. 16. V. Aufstehen. 17.—21. V. Die Patientin steht täglich auf; anfangs noch etwas unsicher, es geht mit dem Laufen bald besser. 26. V. Austritt. Wohlbefinden. Keine Beschwerden mehr.

68. Fall. Nr. 209. 1905. Z. J. 55 J. alt.

Diagnose: Carcinoma portionis. Thrombophlebitis cruris sinistri.

Eintritt 19. IV. Temp. 37.2—37.8, Puls 120—116. — Fieberhafter Verlauf bis 26. IV. 27. IV. Operation: vaginale Totalextirpation des Uterus. Perineorrhaphie nach Lawson-Tait. Temp. 37.1—38.6. — Fieberhafter Verlauf. 2. V. Schmerzen im linken Bein. Priessnitz. 5. V. Kniegegend im linken Bein ist besonders druckempfindlich. Das Fieber dauert bis 10. V. an, nachher fieberfreier Verlauf mit immer hohem Puls, nie niedriger als 100. 11. V. Die Schmerzen im Bein haben sehr nachgelassen. 15. V. Hochlagerung und Priessnitz werden weggelassen. 20. V. Aufsitzen. 23. V. Aufstehen. 3. VI. Austritt. Temp. 36.5, Puls 104.

69. Fall. Nr. 216. 1905. Sch. W. 45 J. alt.

Diagnose: Pyosalpinx duplex. Thrombophlebitis duplex.

Eintritt 26. IV. Temp. normal, Puls 96. 29. IV. Operation: Amputatio uteri supravaginalis. Salpingooophorectomia duplex. — Afebriler Verlauf. 16. V. Die Patientin klagt über Schmerzen im linken Bein. Priessnitz. Bettruhe. 18. V. Die Schmerzen im Bein lassen nach. 19. V. Etwas Schmerzen im rechten Bein. Priessnitz. 20. V. Schmerzen in beiden Beinen geschwunden. Die Patientin fühlt sich wieder vollständig wohl. 22. V. Nirgends Schmerzen in den Beinen. 31. V. Aufstehen. 3. VI. Austritt. Phlebitis ist abgeheilt.

70. Fall. Nr. 237. 1905. B. Sch. 19 J. alt.

Diagnose: Neurasthenie. Residua Thrombophlebitidis duplicis.

Eintritt 8. V. Die Patientin ist mit der Thrombophlebitis in Spital hereingeschickt worden. Seit der letzten Geburt (im Dezember 1904) hat sie Schmerzen im linken und rechten Bein gehabt, im letzteren stärker. Das linke Bein macht jetzt mehr Schmerzen, Stechen und Reissen. Priessnitz. 11. V. Linkes Bein beträchtlich dicker als rechtes. 12. V. Die Schmerzen am Bein fast ganz geschwunden. 17. V. Der Umschlag wird weggelassen, da eine Phlebitis nicht mehr nachweisbar ist. Heraushängen der Beine und kräftige Bewegungen, da diese wohl nur infolge langer Untätigkeit etwas steif geworden sind. 19. V. Aufstehen. Schmerzen in den Beinen. 3. VI. Die Patientin geht gut. Immer noch Schwäche in den Beinen. 17. VI. Immer noch Schmerzen in den Beinen, besonders links. Faradisation hat kein Erfolg. Täglich turnen auch ohne grossen

Erfolg. 4. VII. Die Patientin hat keine grosse Mühe mehr das Knie zu beugen. 8. VII. Austritt. Die Patientin kann auf ebener Erde ganz gut und ohne erhebliche Anstrengung gehen und noch das Treppensteigen macht ihr etwas Mühe und Beschwerden. Objektiv ist an den Beinen nichts nachzuweisen.

71. Fall. Nr. 241. 1905. L. von E. 52 J. alt.

Diagnose: Descensus vaginae anterior et posterior et uteri cum retroflexione. Thrombophlebitis cruris sinistri. Embolia pulmonum.

Eintritt 11. V. Temp. und Puls normal. 13. V. Operation: Colporrhaphia anterior. Colpoperineorrhaphie. Alexander-Adams'sche Operation. Abends Temp. 38.3, Puls 120. 14.—17. V. Fieber, Puls 124—120—108. 16. V. Klagen über Schmerzen im linken Bein, dieses ist druckempfindlich. Priessnitz. Hochlagerung. 17. V. Abends fieberfrei. Husten mit wenig Auswurf. 18. V. Die Wunde per primam geheilt. Kein Fieber, Puls 100—100 i. D. **100.** 19. V. Temp. normal, Puls 136—132 i. D. **134.** Am frühen Morgen plötzlich eine Lungenembolie. Die Patientin wird isoliert und erhält wegen Herzinsufficienz 3stündlich abwechselnd Kampher und Koffein. Starke Engigkeit. Das Gesicht ist stark zyanotisch. 20. V. Zustand der Patientin eher etwas besser. Sie kann ein wenig exspektoriren, der Puls ist ziemlich kräftig, aber unregelmässig. 21. V. Patientin erhält beständig Kampher und Koffein. Das Atmen fällt ihr sehr schwer und strengt sie an. 22. V. Morgentemperatur 38.4. Die Engigkeit ist stärker geworden; ebenso die Zyanose; der Puls verhältnissmässig kräftig, sehr unregelmässig. 23. V. Nach einer ziemlich gut verbrachten Nacht morgens um $9^1/_4$ Uhr — Exitus letalis.

Sektion: Anatomische Diagnose: Embolie arteriae pulmonalis dextrae. Myocarditis fibrosa. Im rechten Vorhof eine grosse Anzahl Thromben. Venen der linken unteren Extremität zum grössten Teil thrombosirt.

72. Fall. Nr. 260. 1905. J. Sch. 37 J. alt.

Diagnose: Tumor tubo-ovarialis dextr. Thrombophlebitis.

Eintritt 25. V. Temp. 39.2—39.3, Puls 96—116. Im weiteren Verlauf geht die Temp. herunter bis zur Norm. 8. VI. Operation: Salpingo-oophorectomia dextra. Patientin fängt wieder an zu fiebern. 11. VI. Kein Fieber mehr. 12. VI. Leichte Besserung, doch klagt die Patientin über Stechen auf der linken Seite. Thermophor übt gute Wirkung aus. 16. VI. Klagen über Kopfschmerzen. Afebriler Verlauf. 22. VI. Die Patientin klagt über Schmerzen auf der linken Seite auf der Brust. — Thermophor. 26. VI. Auf die Seite liegen. Temp. normal. Puls 64—88 i. D. **76.** 27. VI. Puls 72—92 i. D. **82.** 28. VI. Puls 76—100. i. D. **88** Klagen über Schmerzen im rechten Bein ausstrahlend von der Gegend des Poupart'schen Bandes rechts bis in die Mitte des Oberschenkels. — Priessnitz. Fieberloser Verlauf. 7. VII. Immer noch Druckempfindlichkeit

der Venen des Oberschenkels. 14. VII. Nur noch leichte Schmerzen bei tiefem Druck. 17. VII. Aufsitzen. Keine Schmerzen mehr. 20. VII. Aufstehen. Die Beine sind nicht geschwollen. Die Patientin kann ordentlich und ohne Schmerzen gehen. 29. VII. Austritt. Allgemein Befinden ist mässig. Patientin fühlt sich noch ziemlich schwach.

73. Fall. Nr. 281. 1905. E. I. 42 J. alt.

Diagnose: Polypus portionis fibromatosus. Embolia pulmonum.

Eintritt 13. VI. Temp. 38.3—38.6, Puls 124—128. 14. VI. Kein Fieber mehr. Operation: Ablatio polypi. Puls 100—96 i. D. 98. 15. VI. Temp. normal, Puls 108 104 i. D. 106. 16. VI. Nach einer sehr gut verbrachten Nacht tritt morgens um 3 Uhr 30 Min. plötzlich unter den Erscheinungen einer Lungenembolie Exitus letalis ein.

Sektion ergab: frische Thrombose des ganzen rechten Vena saphena magna und einige längliche Gerinnsel in der Vena iliaca externa und Vena hypogastrica. Beide Lungenarterien durch ein grosses stark gewundenes Gerinnsel vollständig verstopft. Das Herz ziemlich stark mit Fett durchwachsen.

74. Fall. Nr. 345. 1905. M. G. 32 J. alt.

Diagnose: Thrombophlebitis puerperalis duplex.

Eintritt 24. VII. mit hohem Fieber; (vor 14 Tagen normale Geburt) Inguinalfalte rechts verstrichen. In der Gegend der Fossa ovalis der rechten Wade und der Fossa poplitea — die verdickte Stränge fühlbar. Das rechte Bein beträchtlich dicker als das linke, Am Oberschenkel Haut gespannt, glänzend mit deutlich ektasierten Venen. Gegend des rechten Parametriums sehr druckempfindlich. Äusserst heftige Schmerzen im rechten Bein und links in der Knöchelgegend. Priessnitz um beide Beine. Bettruhe. 28. VII. In der linken Kniekehle und Wade ein verdickter Strang fühlbar. Immer noch Fieber. 2. VIII. Kein Fieber mehr. 4. VIII. Keine Schmerzen in den Beinen, jedoch sind die Venen, besonders in den Inguinalbeugen noch immer als derbe verdickte Stränge fühlbar, ebenso die Venen der beiden Kniekehlen und der Waden. 14. VIII. Nirgends mehr Druckempfindlichkeit. Die Venen sind noch als leicht verdickte Stränge durchtastbar. Der linke Oberschenkel ist immer noch dicker als der rechte. 23. VIII. Keine Schmerzhaftigkeit mehr, wohl noch auf tiefen Druck besonders in der Mitte des Oberschenkels. 26. VIII. Nirgends mehr Schmerzen spontan und auf Druck. Keine Hochlagerung mehr. 30. VIII. Aufsitzen. 5. IX. Die Patientin steht auf, hat aber trotz Bandagen nachher geschwollene Füsse. Keine Schmerzen in den Beinen. 9. XI. Austritt. Beine nirgends mehr druckempfindlich, abgeschwollen. Die Patientin ist noch etwas schwach.

75. Fall. Nr. 355. 1905. I. T. 30 J. alt.

Diagnose: Tumor tubo-ovarialis duplex. Thrombophlebitis cruris dextri.

Eintritt 2. VIII. Temp. normal, Puls 100. — Fieberfreier Verlauf bis zum Austritt, Puls: 82—90—100—88. 14. VIII. Operation: Salpingo-oophorectomia duplex per laparotomiam. 10. IX. Aufsitzen. Patientin bekommt dabei Schmerzen im rechten Bein. Objektiv keine Schwellung nachweisbar, geringe Druckempfindlichkeit. 11. IX. Die Schmerzen im Bein geringer. 12. IX. Keine Schmerzen, keine Druckempfindlichkeit. Wohlbefinden. 16. IX. Heraushängen der Beine. 17. IX. Aufstehen. Keine Beschwerden. 23. IX. Austritt. Wohlbefinden.

76. Fall. Nr. 373. 1905. G. 43 J. alt.

Diagnose: Kystoma ovarii carcinomatosa duplex.

Eintritt 14. VIII. Temp. 38,0, Puls 80. 15. VIII. Kein Fieber mehr. 16. VIII. Operation: ovariotomia duplex. Temp. 37.4—37.6, Puls 104—108. 17.—18. VIII. Fieber. Seit 19. VIII. Afebriler Verlauf, Puls immer hoch: 100—120—112. 20. VIII. Puls 100—112 i. D. **106**. 21. VIII. Puls 104—120 i. D. **112**. 22. VIII. Temp. 39.2—40.3, Puls 120—128. Um $12^1/_2$ Uhr a. m. Exitus letalis.

Sektion ergab: keine Zeichen von Peritonitis, die vorliegenden Dünndarmschlingen waren leicht injiziert. Im kleinen Becken fanden sich noch in geringer Menge blutige Flüssigkeit. Am rechten Lig. latum ergab sich nach Lösung einer dort adhärenten Dünndarmschlinge ein Tropfen Eiter. Am Magen und im kleinen Becken einige flache, weiche, linsengrosse Knötchen, die aber eher Lymphfollikel als Carcinommetastase ähnlich sahen. Linke Nierenvene thrombosiert. Braune Athrophie des Herzmuskels. Mitralstenose.

77. Fall. Nr. 382. 1905. P. Josephine. 22 J. alt.

Diagnose: Kystoma ovarii sinistri. Thrombophlebitis.

Eintritt 21. VIII. Temp. 37.0, Puls 124. — Afebriler Verlauf, Puls 100—104—108. 24. VIII. Operation: Ovariotomia sinistra. Abends Temp. 38.2. — Weitere 3 Tage fiebert die Patientin, dann fieberloser Verlauf. Puls: 100—96—88—92—108. 7. IX. Puls 88—96 i. D. **92**. 8. IX. Puls 96—92 i. D. **94**. 9. IX. Puls 84—108 i. D. **96**. 10. IX.— 18. Tag nach der Operation — Puls 96—116 i. D. **106**. Phlebitis. — Die Venen des linken Unterschenkels sind verdickt, druckempfindlich. Hochlagerung. Priessnitz. Fieberloser Verlauf, Puls immer hoch: 100 - 108—104—124—116—128—112. 11. IX. Das rechte Bein ist beträchtlich geschwollen. 13. IX. Die Venen sind kaum mehr druckempfindlich, das Bein jedoch noch beträchtlich verdickt. 20. IX. Das rechte Bein ist immer noch geschwollen, nirgends mehr druckempfindlich. Die Venen nicht verdickt. Seit 3 Tagen keine Hochlagerung und kein Priessnitz mehr. 23. IX. Das rechte Bein ist schon lange Zeit nicht mehr geschwollen, und nicht mehr druckempfindlich. 26. IX. Aufsitzen. 29. IX. Die Patientin steht auf, kann jedoch kaum gehen. Keine Oedeme. 30 IX. Patientin kann ordentlich gehen. Im übrigen Wohlbefinden. 2. X. Austritt.

78. Fall. Nr. 428. 1905. P. Emilie. 27 J. alt.

Diagnose: Bakteriämie. Thrombophlebitis.

Eintritt 20. IX. Temp. 39.7, Puls 132. (Geburt am 20. VIII.) Druckempfindlichkeit in der rechten Wade, daselbst ist ein verdickter Strang fühlbar. Der Unterschenkel ist leicht oedematös. Priessnitz. Hochlagerung. Absolute Bettruhe. Fieberhafter Verlauf bis zum 24. IX., nachher kein Fieber mehr. 22 IX. Keine Schmerzen mehr. 28. IX. Keine Druckempfindlichkeit mehr in der rechten Wade, daselbst ist noch leicht oedematös 30. IX Rechte Wade immer noch oedematös, spontan und auf Druck jedoch nicht mehr schmerzhaft. 3. X Der Umschlag wird ausgesetzt. 4. X. Die Klötze weg. 7. X. Keine Beschwerden, muss aber noch ruhig liegen. 9. X. Thromben links verschwunden. Feine Stränge noch vorhanden. 11. X. Aufsitzen. 15. X. Aufstehen. Vollständiges Wohlbefinden. Keine Schwellung und keine Schmerzhaftigkeit. 18. X. Keine Schmerzen beim Aufstehen. Trägt Binde. Oedeme völlig verschwunden. 19. X. Austritt.

79. Fall. Nr. 437. 1905. B. Z. 34 J. alt

Diagnose: Abortus mensae III. Thrombophlebitis am rechten Oberschenkel.

Eintritt 26. IX. Temp. 37.7, Puls 104. Klagen über Schmerzen am rechten Oberschenkel etwas oberhalb des Kniegelenkes an der medialen Seite. Daselbst ist ein Varix hart anzufühlen, druckempfindlich. — Priessnitz. Hochlagerung. Afebriler Verlauf. Puls 80 92 -76. 27. IX. Operation: Manuelle Ausräumung und Curettage. Puls 80—88 i. D. 84 28. IX. Puls 80 -92 i. D. 86. 29. IX Puls 80—96 i. D. 88. Der rechte Oberschenkel ist leicht oedematös. Druckempfindlichkeit nur noch gering 1. X. Schwellung nimmt allmählich ab. Keine Druckempfindlichkeit. 3. X. Schwellung beinahe verschwunden. 7. X. Wohlbefinden, muss aber immer ruhig liegen. 10. X. Umschlag wird ausgesetzt und Hochlagerung aufgehoben. 13. X. Aufsitzen. 15. X. Aufstehen. 17. X. Austritt. Am rechten Oberschenkel immer noch indolente Varizen. Keine Schwellung. Keine Schmerzen.

80. Fall. Nr. 460. 1905. I. L. 30 J. alt.

Diagnose: Ruptura uteri completa. Pelveoperitonitis. Thrombophlebitis cruris dextri.

Eintritt 11. X. Temp. und Puls normal. Tamponade des Risses und der ihn anschliessenden Höhlen mit Xeroformgase. Kein Fieber. Eisblase. Seit 14. X. Fieber bis 18. X., nachher fieberfreier Verlauf. 28. X. Temp. 36.8 38.3, Puls 92 108. Am Abend klagt die Patientin über Schmerzen in der rechten Wade. 29. X. Temp. 36,8—37.2, Puls 92—100. — Thrombophlebitis des rechten Beines. Schwellung, Schmerzen, Druckempfindlichkeit längs der Venen. Keine Stränge fühlbar. Rechte Falte der Schenkelbeuge verstrichen. — Priessnitz. Hochlagerung. Bettruhe. Seit 30. X. bis 5. XI. fieberhafter Verlauf. 8. XI. Schwellung und Schmerzen im

rechten Bein lassen nach. Die Patientin sieht gut aus. Puls 80—88. 12. XI. Vollständiges Wohlbefinden. Bein ist abgeschwollen, darin keine Schmerzen mehr. 19. XI. Aufsitzen. 21. XI. Aufstehen. 25. XI. Austritt. Keine Druckempfindlichkeit. Allgemein Befinden gut.

81. Fall. Nr. 479. 1905. S. E. 47 J. alt.

Diagnose: Myoma uteri. Hernia umbilicalis reponibilis. Ruptura perinei inverterata. Descensus vaginae anterior et posterior levis. Pericarditis et Pleuritis sinistra sicca. Thrombophlebitis der linken Wade.

Eintritt 26. X. Temp. 37.5, Puls 100. 28. X. Operation: Amputatio uteri supravaginalis mit Entfernung der rechten Adnexe. Omphalectomia. Am Abend Temp. 38.3. Puls 108. Febrile und subfebrile Temperaturen dauern an bis 21. XI. — 7. XI. Die Wunde per primam geheilt. 8. XI.—12. Tag nach der Operation. — Abends Schmerzen in der linken Wade. Druckempfindlichkeit im Bereich des Venenstranges. Oedem des Fusses. — Thrombophlebitis in der linken Wade. — Fieber. — Hochlagerung des Bettendes. 9. XI. Der linke Oberschenkel o. B. Linke Wade noch etwas schmerzhaft. 16. XI. Linke Wade ohne Druckempfindlichkeit, abgeschwollen. Hochlagerung des Bettendes wird weggelassen. 24. XI. Aufsitzen. 30. XI. Aufstehen. Wohlbefinden. 2. XII. Austritt. Thrombophlebitis ist abgeheilt.

Im Verlaufe von 5 Jahren — 1901—1905 — sind unter 2679 Patientinnen 81 Thrombophlebitis- und Embolie-fälle vorgekommen, also ca. 3%; dieses Resultat weicht etwas von dem, welches Wassilieff-Kononowitsch in ihrer Arbeit unter 3014 Fällen an der geburtshilflichen Abteilung der Basler Frauen-Klinik während der Jahre 1901–1903 bekommen hat ab und zwar so, dass sie unter den Wöchnerinnen 73 Thrombophlebitisfälle gefunden hat, das macht rund nur 2%. Das häufigere Vorkommen der Thrombophlebitis an der gynäkologischen Station kann vielleicht dadurch erklärt werden, dass die Wöchnerinnen in der Mehrzahl der Fälle noch verhältnismässig jung und gesund sind und dass nur in einer geringen Anzahl von Fällen anderweitige Komplikationen zu verzeichnen sind, während die Patientinnen an der gynäkologischen Abteilung meist schwerere Erkrankungen haben und viele sich im abgeschwächten Zustand noch verschiedenen Operationen unterwerfen müssen.

Werden zu diesen 2679 Patientinnen noch die 3014 Wöchnerinnen aus der Arbeit von Wassilieff-Kononowitsch

hinzugenommen, so bekommen wir eine Gesamtzahl von **5693** Fällen, unter denen im Ganzen **154** Thrombophlebitisfälle vorgekommen sind: was im Durchschnitt 2,7% ausmacht. Dieser Prozentsatz ist für Basel mehr als viermal so hoch als für Dresden, wo, wie uns Richter gezeigt hat, der Prozentsatz nur 0,6% beträgt.

Nach dem Alter der Patientinnen verteilen sich unsere 81 Fälle folgendermassen:

Von 15 bis 20 Jahren			2 Fälle	=	2,4%	(Nr. 17,44).
„ 21	„ 25	„	7 „	=	8,7%	(Nr. 1, 11, 36, 37, 61, 66, 77.)
„ 26	„ 30	„	15 „	=	18,5%	(Nr. 6, 26, 29, 30, 32, 45, 47, 48, 53, 55, 59, 70, 75, 78, 80.)
„ 31	„ 35	„	12 „	=	14,8%	(Nr. 5, 12, 14, 15, 20, 21, 25, 40, 54, 56, 74, 79.)
„ 36	„ 40	„	14 „	=	17,3%	(Nr. 2, 8, 16, 18, 19, 35, 38, 39, 52, 57, 58, 63, 67, 72.)
„ 41	„ 45	„	9 „	=	11,1%	(Nr 7, 13, 23, 31, 62, 64, 69, 73, 76.)
„ 46	„ 50	„	11 „	=	13,6%	(Nr. 3, 10, 22, 27, 28, 33, 34, 42, 43, 51, 81.)
„ 51	„ 55	„	5 „	=	6,2%	(Nr. 41, 50, 60, 68, 71.)
„ 56	„ 60	„	3 „	=	3,7%	(Nr. 4, 24, 65.)
„ 61	„ 65	„	3 „	=	3,7%	(Nr, 9, 46, 49.)

Diese Zusammenstellung zeigt, dass die meisten Thrombophlebitis- und Embolieerkrankungen sich auf das Alter von 26 bis 40 Jahren verteilen; auch Albanus sagt, dass «besonders das mittlere Lebensalter von 31—40 Jahren von Thrombosen befallen wird.» Unter den Wöchnerinnen, die Wassilieff-Kononowitsch in ihrer Arbeit beschrieben hat, sind die höchsten Prozentsätze im Alter von 26–35 Jahren so, dass auf die ersten 5 Jahre 34,2% und auf die folgende — 23,3% fallen.

Riedel hat darauf hingewiesen, dass die topographisch-ungünstige Lage der Vena iliaca sinistra, die «einem drei-

fachen mehr oder weniger rechtwinklig erfolgenden Arteriendrucke unterworfen» ist, besonders zu Thrombosierungen auf der linken unteren Extremität disponirt. Die vorliegenden Fälle stehen damit im Einklange.

Zieht man von den 81 Fällen die 11 Fälle ab, in denen während des Lebens keine sichtbaren Symptome von Thrombophlebitis erschienen waren, so bleiben noch 70 Fälle übrig. Von diesen ist:

Thrombephlebitis dextra in 17 Fällen vorgekommen, was 24,3% ausmacht (Nr. 5, 11, 12, 27, 29, 33, 43, 49, 57, 58, 59, 65, 72, 75, 78, 79, 80);

Thrombophlebitis sinistra — in 22 Fällen — 31,4% (Nr. 6, 9, 14, 18, 20, 25, 28, 31, 34, 36, 42, 47, 48, 50, 53, 54, 55, 64, 66, 68, 71, 81) und

Thrombophlebitis duplex — in 31 Fällen — 44,3% (Nr. 1, 3, 8, 10, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 26, 30, 32, 35, 37, 38, 39, 40, 44, 45, 51, 52, 56, 60, 63, 67, 69, 70, 74, 77).

Unter allen 81 Fällen sind 12 Todesfälle vorgekommen — 14,8%: 10 fallen auf Embolien - 12,3%; in einem Falle (Nr. 45) ist Exitus letalis infolge der Peritonitis septica puerperalis aufgetreten und in einem anderen (Nr. 76), wo die Patientin an Carcinom der beiden Ovarien gelitten hat, ist die Thrombose in der Vena renalis sinistra ohne vorhergegangene Thrombophlebitis — oder Emboliesymptomen bei der Sektion gefunden worden.

Im vorliegenden Material findet man fast keinen Fall, wo Thrombophlebitis oder Embolie als selbstständige Erkrankungen aufgetreten sind, vielmehr sind diese zu anderen leichteren oder schwereren Krankheiten hinzugetreten. Den höchsten Erkrankungsprozentsatz an Thrombophlebitis gibt Myom des Uterus — 22,2% — 18 Fälle (Nr. 3, 13, 19, 22, 23, 30, 31, 33, 39, 41, 42, 48, 50, 58, 63, 64, 67, 81).

In anderen Fällen waren folgende Komplikationen vorhanden:

In 10 Fällen = 12,3%	Endometritis (Nr. 10, 14, 15, 16, 27, 28, 34, 37, 43, 57.)

in 8 Fällen = 10,0% — Abortus (Nr. 1, 5, 18, 25, 40, 52, 56, 79).
„ 7 „ = 8,7% — Kystoma ovarii (Nr. 8, 36, 51, 60, 65, 76, 77).
„ 6 „ = 7,5% — Puerperium (Nr. 20, 21, 26, 54, 55, 74.)
„ 5 „ = 6,2% — Tumor tubo-ovarialis (Nr. 32, 38, 59, 72, 75.)
„ 5 „ = 6,2% — Carcinom (Nr. 4, 9, 46, 49, 68.)
„ 3 „ = 3,7% — Mastitis (Nr. 17, 44, 47.)
„ 2 „ = 2,5% — Peritonitis (Nr. 45, 61.)
„ 2 „ = 2,5% — Graviditas (Nr. 11, 53.)
„ 2 „ = 2,5% — Salpingooophoritis (Nr. 6, 66.)
„ 2 „ = 2,5% — Descensus vaginae (Nr. 35, 71.)
„ 1 Fall = 1,2% — Pleuropneumonie (Nr. 12.)
„ 1 „ = 1,2% — Bronchopneumonie (Nr. 62.)
„ 1 „ = 1,2% — Gonorrhoe acuta (Nr. 29.)
„ 1 „ = 1,2% — Pyosalpinx (Nr. 69.)
„ 1 „ = 1,2% — Retroflexio uteri fixata (Nr. 2.)
„ 1 „ = 1,2% — Papilloma ovarii (Nr. 7,)
„ 1 „ = 1,2% — Polypus (Nr. 73.)
„ 1 „ = 1,2% — Residua Thrombophlebitidis (Nr. 70.)
„ 1 „ = 1,2% — Tuberkulose (Nr. 24.)
„ 1 „ = 1,2% — Bakteriämie (Nr. 78.)
„ 1 „ = 1,2% — Pelveoperitonitis (Nr. 80.)

Ausser diesen Komplikationen, die schon ohnehin den kranken Organismus abschwächten, haben noch in vielen Fällen verschiedene gynäkologische Operationen dazu beigetragen — die Schwäche zu vermehren. Albanus hat in seiner Arbeit „Thrombosen und Embolien nach Laparotomien" die Momente angeführt, die im gewissen Sinne als Entstehungsursachen der Thrombosen und Embolien bei den Operierten angesehen werden müssen, dies sind „1) bereits bestehende Erkrankungen des Herzens und der Gefässe, sowie Herzschwäche (marantische Thrombose); 2) Der Eingriff selbst mit der Abkühlung der Därme, Gefässzerreissungen, Thrombenbildung in durchtrennten Gefässen; 3) Schädigung des Herzens durch die Narkose; 4) Erschwerung des Blutab-

flusses aus den unteren Extremitäten durch feste Verbände, durch die andauernde Rückenlage, durch Meteorismus".

„In der gynäkologischen Praxis — sagt Wyder — gehören Thrombosen mit oder ohne konsekutive Lungenembolie heutzutage gar nicht zu den Seltenheiten, und wächst das diesbezügliche Material in dem Masse, als die Frequenz der gynäkologischen Operationen zunimmt."

Unter den 81 hier zusammengestellten Fällen sind, abgesehen von den 11 Embolie fällen, die noch später für sich zu besprechen sind, 46 Fälle nach den verschiedenen gynäkologischen Operationen vorgekommen:

11	Fällen	nach	Currettage (Nr. 10, 14, 16, 27, 28, 34, 43, 52, 56, 57, 79.)
8	„	„	Amputatio uteri supravaginalis cum adnexe (Nr. 13, 39. 42, 48, 63, 64, 67, 81.)
5	„	„	Ovariotomia (Nr. 8, 36, 65, 76, 77.)
4	„	„	Amputatio uteri supravaginalis per laparotomiam (Nr. 19, 31, 50, 69.)
4	„	„	Totalextirpation des Uterus per vaginam (Nr. 22, 23, 58, 68.)
4	„	„	Salpingo — et ovariotomia per laparotomiam (Nr. 36, 66, 72, 75.)
3	„	„	Inzision der Mamma (Nr. 17, 44, 47.)
2	„	„	Castratio per laparotomiam (Nr. 30, 33.)
1	„	„	Probelaparotomie (Nr. 1.)
1	„	„	Eröffnung eines perithyphlitischen Abszesses per laparotomiam (Nr. 25.)
1	„	„	Eröffnung eines Abszesses per vaginam Nr. 6.)
1	„	„	Kolporrhaphie und Kolpoperineorrhaphie (Nr. 35.)
1	„	„	Exochleatio uteri (Nr. 49.)

Die Zeitdauer, die nach der Operation bis zum Auftreten sicher diagnostizierbarer Symptome der Thrombophlebitis verfloss, war verschieden lang:

Am 3. Tag nach der Operation 1 Fall (Nr. 52.)
„ 4. „ „ „ „ 4 Fällen (Nr. 1, 10, 56, 79.)

am 6.	Tag	nach	der	Operation	2	Fällen (Nr. 30, 68.)
„ 7.	„	„	„	„	4	„ (Nr. 14, 43, 57, 76.)
„ 8.	„	„	„	„	1	Fall (Nr. 17.)
„ 9.	„	„	„	„	2	Fällen (Nr. 13, 66.)
„ 10.	„	„	„	„	2	„ (Nr. 33, 36.)
„ 11.	„	„	„	„	7	„ (Nr. 8, 16, 19, 34, 39, 48, 67.)
„ 12.	„	„	„	„	2	„ (Nr. 27, 81.)
„ 13.	„	„	„	„	2	„ (Nr. 6, 23.)
„ 14.	„	„	„	„	1	Fall (Nr. 28.)
„ 15.	„	„	„	„	2	Fällen (Nr. 22, 50.)
„ 17.	„	„	„	„	2	„ (Nr. 31, 35.)
„ 18.	„	„	„	„	2	„ (Nr. 69, 77.)
„ 19.	„	„	„	„	1	Fall (Nr. 32.)
„ 21.	„	„	„	„	2	Fällen (Nr. 42, 72.)
„ 23.	„	„	„	„	1	Fall (Nr. 58.)
„ 25.	„	„	„	„	1	„ (Nr. 65.)
„ 28.	„	„	„	„	1	„ (Nr. 75.)
„ 29.	„	„	„	„	1	„ (Nr. 25.)
„ 30.	„	„	„	„	1	„ (Nr. 63.)
„ 44.	„	„	„	„	1	„ (Nr. 64.)
„ 53.	„	„	„	„	1	„ (Nr. 49.)

In einem Falle (Nr. 3.) kam die Thrombophlebitis vor der Operation vor. Am 36. Tag nach dem Auftreten der ersten objektiven Thrombophlebitissymptomen erfolgte Operation — Castratio per laparotomiam; nach 10 Tagen Thrombophlebitisrecidiv.

Ein Fall (Nr. 44) ist nach der Operation entstanden, aber es war unmöglich, genaue Angaben über den Tag zu ermitteln, wann die ersten Thrombophlebitiserscheinungen vorgekommen sind. Fall 47 ist nach einer normalen Geburt entstanden; der Tag des Auftretens der Thrombophlebitissymptomen konnte auch nicht ermittelt werden.

Thrombophlebitis ohne vorhergegangene Operation fand sich in 23 Fällen (Nr. 5, 9, 11, 12, 18, 20, 21, 26, 29, 37, 38, 40, 45, 51, 53, 54, 55, 59, 60, 70, 74, 78, 80).

9 von diesen Fällen sind in puerperio vorgekommen (Nr. 20, 21, 26, 37, 45, 54, 74, 78, 80);

4 sind nach dem Abortus entstanden (Nr 5, 18, 40, 55);

3 als Komplikation bei Carcinom (Nr. 9, 51, 60); 3 im Verlaufe der Pelveoperitonitis (Nr. 38, 59, 80); 2 während der Gravidität (Nr. 11, 53); und in je einem Falle bei Gonorrhoe acuta (Nr. 29), bei Pleuropneumonie (Nr. 12.) und ein Fall (Nr. 70) ist wegen Residua Thrombophlebitidis behandelt worden.

12 Fälle sind mit ganz ausgeprägten Symptomen der Thrombophlebitis im Spital aufgenommen worden (Nr. 20, 21, 26, 44, 45, 47, 53, 55, 70, 74, 78).

14 Fälle haben beim Auftreten der Thrombophlebitis Fieber gehabt (Nr. 1, 4, 6, 12, 13, 17, 22, 30, 37, 52, 61, 62, 68, 81).

Diese 26 Fälle (also 12 + 14) müssen bei der Prüfung an Mahler'schen Zeichen weggelassen werden, da bei ihnen die Bedingungen nicht gegeben waren, welche für dieses Symptom unbedingt vorhanden sein müssen; es bleiben damit nur 55 Fälle übrig, die für diesen Zweck verwendet werden können.

I. Die Fälle mit Kletterpuls. Mehr oder weniger deutlicher Kletterpuls ist in 25 Fällen vorgekommen, was **45,4%** ausmacht; darunter

a) ganz deutlich ausgeprägt in 19 Fällen — **34,5%** (Nr. 3, 8, 9, 25, 27, 32, 33, 36, 39, 46, 48, 63, 67, 71, 72, 73, 76, 77, 79);

b) weniger deutlich — in 6 Fällen — **10,9%** (Nr. 2, 14, 42, 60, 64, 65).

II. Die Fälle mit abkletterndem Puls. Mehr oder weniger deutlich abkletternder Puls ist in 10 Fällen beobachtet worden — **18,2%**, darunter

a) ganz deutlich — in 5 Fällen — **9,1%** (Nr. 7, 24, 29, 50, 58);

b) weniger deutlich auch in 5 Fällen — 9,1% (Nr. 5, 19, 23, 28, 51).

III. Kein Kletter- und kein abkletternder Puls ist in den übrig gebliebenen 20 Fällen vorgekommen 36.4% (Nr. 10, 11, 15, 16, 18, 31, 34, 35, 38, 40, 41, 43, 49, 56, 57, 59, 66, 69, 75, 80.)

Die Resultate der Arbeit von Frau Wassilieff-Kononowitsch unterscheiden sich wesentlich von dieser: sie hat den Mahler'schen Kletterpuls nur in 32% der Fälle bekommen, während in dieser Zusammenstellung 45,4% gefunden wurden, d. h. ein Unterschied von 13,4%. Die Erklärung dieser Differenz lässt sich nach zwei Richtungen geben. Einmal sind die Zahlenreihen, die zur Verfügung stehen, klein, keine erreicht die Ziffer 100, so dass die Fehlerquellen nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung sehr beträchtlich sein müssen, und an sich dieser Unterschied schon zum grössten Teile erklären.*) Wichtiger ist der Umstand, dass die Erklärung des ersten Beginnes der Thrombose nach oder bei gynäkologischen Leiden und Operationen sehr viel schwieriger ist, als im Wochenbett. Hier beginnen die Venenverstopfungen zumeist in den Blutadern der Unterschenkel, sie sind daher leicht und bald zu entdecken. Nach Operationen und bei gynäkologischen Leiden setzen die Thrombosen oft in den Beckenvenen ein, so dass ihr erster Beginn nicht rechtzeitig erkennt werden kann. Die Feststellung der Thrombose hinkt der Pulssteigerung nach und so gewinnt diese den Wert eines prämonitorischen Zeichens, den sie tatsächlich nicht besitzt. Der Kletterpuls oder vielmehr die Pulssteigerung sind Folgen einer schon entstandenen Thrombose oder Embolie, gehen aber dieser Erscheinung nicht voraus.

Demnach kann daher dem Mahler'schen Zeichen eine gewisse Rolle zugesprochen werden, da es zur Feststellung einer frühzeitigen Diagnose an Thrombophlebitis gute Dienste leisten kann, doch ist dieser Wert kein sehr grosser, da es

*) Ein Beispiel möge dieses beweisen. Gesetzt unter 400 Thrombophlebitisfällen würde in 60% Kletterpuls vorkommen, so wäre mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,995 zu erwarten, dass dieser Kletterpuls in den 400 Fällen in 53% bis 67% vorkommen könne, d. h. die mögliche Fehlergrenze beträgt 14%. Um wie viel grösser muss sie bei einer so geringen Zahl, wie sie oben verwertet werden konnte, ausfallen!

in der Mehrzahl der Fälle — in 54,6% — ausgeblieben ist, auch in vielen anderen Fällen ein „Kletterpuls“ beobachtet worden ist, ohne jede Thrombose oder Embolie.

Schwere Embolien sind nur in 11 Fällen vorgekommen — 13,6% (Nr. 2, 4, 7, 15, 24, 41, 46, 61, 62, 71, 73.) Zahlreiche andere wurden im Verlaufe der Heilung von Thrombosen beobachtet, sind aber hier nicht aufgeführt worden! Alle diese Embolien sind nach Operationen entstanden:

1 Fall nach Ventrofixatio uteri (Nr. 2.)
1 „ „ Ovariectomia per laparotomiam (Nr. 4.)
1 „ „ Salpingoovariectomia per laparotomiam (Nr. 7.)
3 Fällen „ Curettage (Nr. 15, 46, 61.)
1 Fall „ Incision des tuberk. Abszesses (Nr. 24.)
1 „ „ Vaginale Totalextirpation des Uterus (Nr. 41.)
1 „ „ Colporrhaphie und Colpoperineorrhapie (Nr. 62.)
1 „ „ Colporrhaphie. Colpoperineorrhaphie. Alexander-Adams'sche Operation (Nr. 71.)
1 „ „ Ablatio polypi (Nr, 73.)

Die Embolien nach den Operationen sind in verschiedenen Fällen verschieden bald aufgetreten:

Am 2. Tag nach der Operation 1 Fall (Nr. 61.)
„ 3. „ „ „ „ 2 Fälle (Nr. 4, 73.)
„ 5. „ „ „ „ 2 „ (Nr. 7, 41.)
„ 6. „ „ „ „ 1 Fall (Nr. 24.)
„ 7. „ „ „ „ 2 Fälle (Nr. 15, 71.)
„ 18. „ „ „ „ 1 Fall (Nr. 62.)
„ 25. „ „ „ „ 1 „ (Nr. 46.)
„ 28. „ „ „ „ 1 „ (Nr. 2.)

Embolien ohne vorher erkennbare Thrombophlebitis finden sich in 10 Fällen (Nr. 2, 4, 7, 15, 24, 41, 46, 61, 62, 73).

Embolie bei bestehender Thrombophlebitis und nach der Operation kam nur einmal vor (Nr. 71).

10 von 11 Emboliefällen sind gestorben, das macht 91,0%. Fall (Nr. 2) ist geheilt - 9,0%. Die Thrombosierungen sind während der Sektion in 6 Fällen gefunden worden (Nr. 4, 7, 24, 62, 71, 73); keine Thrombosen fanden sich in 3 Fällen

(Nr. 41, 46, 61); ein Fall (Nr. 15) wurde nicht seziert und endlich 1 Fall (Nr. 2), wie schon früher bemerkt wurde, ist geheilt.

Unter den Embolie fällen allein ist Kletterpuls 4 mal zu verzeichnen — 38,0% (Nr. 2, 46, 71, 73);

Dreimal ganz deutlich ausgeprägt — 27,0% (Nr. 46, 71, 73) und einmal (Nr. 2) weniger deutlich. Zweimal ist deutlich abkletternder Puls beobachtet worden — **18,0%** (Nr. 7, 24).

Die Beobachtungen dieser an Zahl sehr geringfügigen Embolie fälle führt zu dem Schlusse, dass das Mahler'sche Symptom in gewissen Fällen für die Diagnose der Embolie nützlich sein kann, da gerade dieses Zeichen das einzige ist, das uns einen Fingerzeig gibt, dass irgendwo sich eine versteckte Thrombose befindet, wann wir die uns zur Verfügung stehende prophylaktischen Massnahmen rechtzeitig anwenden können.

Wassilieff-Kononowitsch weist darauf hin, dass „Kletterpulse im Verlauf völlig normalen Wochenbetten gar nicht selten beobachtet" worden sind und weiter, dass man „nicht selten tötliche Embolien ohne jede Pulsänderung bei völlig normaler Temperatur und Pulskurve eintreten sieht." Das ist richtig, aber wenn wir prinzipiell in jedem Falle, wo ein Kletterpuls sich zeigt, die gegen Embolie gerichteten prophylaktischen Massnahmen strenger einhalten, wird das der Patientin nicht schaden, dagegen in einer gewissen Anzahl von Fällen vielleicht einen gewissen Nutzen bringen. Solange kein anderes sicheres Frühsymptom für versteckte Thrombophlebitis vorhanden ist, muss der Mahler'sche Kletterpuls im Auge behalten werden.

Zum Schluss bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Professor Dr. O. v. Herff für die Überlassung dieser Arbeit und der Krankengeschichten sowie für die Unterstützung bei derselben, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen

Literatur.

1. Albanus, G. (Hamburg-Eppendorf). Thrombosen und Embolien nach Laparatomien. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 40. Heft 1. 1903.
2. Brücke, E. Über die Ursache der Gerinnung des Blutes. Virchow's Archiv für pathologischen Anatomie. Bd. 12. 1857.
3. Bumm. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. 1902.
4. Burckhard, G. Über Thrombose und Embolie nach Myomoperationen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. B. 44. 1901.
5. Clark. (Pensylvania.) Aetiologie der postoperativen Thrombophlebitis der Vena femoralis bezw. iliaca externa. Zentralblatt für Gynaekologie, Jahrgang 27. Referat von Fleckhinger (München.)
6. Drews. Embolie der Lungenarterie nach Phlegmasia alba dolens. Zentralblatt für Gynaekologie. Bd. 17. 1895.
7. Eberth und Schimmelbusch, Experimentelle Untersuchungen über Thrombose. Fortschritte der Medizin. Bd. 3. Nr. 12. 1885 und Bd. 4. Nr. 4. 1886.
8. Eberth und Schimmelbusch, Die Thrombose beim Frosch. Fortschritte der Medizin. Bd. 4. Nr. 18. 1886.
9. Eberth und Schimmelbusch, Über das Verhältnis von Thrombose und Blutgerinnung. Fortschritte der Medizin. Bd. 4. Nr. 13.
10. Ebert und Schimmelbusch, Die Thrombose nach Versuchen und Leichenbefunden. 1888.
11. Fritsch, Die Krankheiten der Frauen. 2. Auflage.
12. Gerhardt, C. Der hämorrhagische Infarkt. Sammlung klinischer Vorträge. 1875. Nr. 91. (Innere Medizin Nr. 31.)
13. Gerulanos, M. Lungenkomplikationen nach operativen Eingriffen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 57. 1900.
14. Gessner, Über tötliche Lungenembolie bei gynaekologischen Erkrankungen. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. Bd. 35. 1896. Verhandlungen der Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzung vom 22. Mai.
15. Grzes, J. Über die Erfolge der Unterbindung der Vena saphena nach Trendelenburg bei Varizen der unteren Extremitäten. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 28. 1900.

16. Hildebrand, O. Allgemeine Chirurgie. 1905.
17. Heidemann, M. Die Thrombose im Wochenbett. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. Bd. 13.
18. Hoche (Nancy.) Infektiöse Thrombophlebitis des Uterus mit Ausbreitung in die Vena cava inferior und das rechte Herz. Zentralblatt für Gynaekologie. Jahr 27.
19. Jahn Oskar, Über die Phlegmasia alba dolens puerperalis. Inaug.-Diss. Berlin 1897.
20. Kaufmann, Ed. Lehrbuch der speziellen patholog. Anatomie. 1904
21. Kramer, W. Zur chirurgischen Behandlung thrombosierter Unterschenkelvarizen. Zentralblatt für Chirurgie. Bd. 28. Nr. 37. 1901.
22. Lennander, K. G. Über die Möglichkeit Thrombose in den Venen der unteren Extremitäten zu verhüten, nach denen längeres Stilliegen nötig ist. Zentralblatt für Chirurgie. Jahrgang 26. 1899. Nr. 19.
23. Lubarsch, O. Die allgemeine Pathologie. Ein Hand- und Lehrbuch für Ärzte und Studierende. 1. Band, 1. Abteilung. 1905.
24. Mahler, Thrombose, Lungenembolie und plötzlicher Tod. Arbeiten aus der kgl. Frauenklinik in Dresden. 2. Band. 1895.
25. Marchais. Referat über die Arbeit Marchais. Korrespondenzblatt für Schweizerärzte. Jahrgang 35. 1905. 15. Mai.
26. Oppenheim, Lungenembolien nach chirurgischen Eingriffen mit besonderer Berücksichtigung der nach Operation am Prozessus vermiformis beobachteten. Berliner klinische Wochenschrift. 1902. Nr. 5
27. v. Recklinghausen, F. Handbuch der allgemeinen Pathologie des Kreislaufs und der Ernährung. Deutsche Chirurgie. Lieferung 2 und 3. 1883.
28. Richter, A. Thrombose und Embolie im Wochenbett, sowie auf derselben Grundlage beruhenden Lungenerkrankungen der Wöchnerinnen. Archiv für Gynaekologie. Bd. 74, Heft 1. 1904.
29. Riedel, Über die linksseitige Schenkelvenenthrombose nach der Laparotomie. Archiv für klinische Chirurgie. Bd. 66. 1902.
30. Sänger und v. Herff, Encyklopaedie der Geburtshilfe und Gynaekologie 1900.
31. Schachtler, Beiträge zur Embolie der Lungenarterien. Inaug.-Diss. Zürich. 1895.
32. Schmidt, Al. Weitere Beiträge zur Blutlehre. 1895.
33. Schrötter, Erkrankungen der Gefässe. Nothnagel's spezielle Pathologie und Therapie. Bd. 15. Teil 3. Hälfte 2.
34. Singer, Thrombose und Embolie im Wochenbett mit besonderer Berücksichtigung der gonorrhoischen Infektion. Archiv für Gynaekologie. Bd. 56. 1898.
35. Sperling, Zur Kasuistik der Embolie der Lungenarterie während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, nebst einigen

epikritischen Bemerkungen. Zeitschrift für Ceburtshilfe und Gynaekologie. Bd. 27. 1893.

36. Tillmanns, Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 1904.
37. Virchow, Thrombose und Embolie. Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin. 1862.
38. Wallart, Entwicklung von der Lehre der Phlegmasia alba dolens. Inaug.-Diss. Strassburg. 1895.
39. Wassilieff-Kononowitsch, N. Über Thrombophlebitis im Wochenbett insbesondere über das so genannte Mahler'sche Zeichen. Inaug.-Dissert. Basel, 1905.
40. Wyder, Th. Über Embolie der Lungenarterien in der geburtshilflich-gynaekologischen Praxis. Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 146. (Gynaekologie Nr. 54). 1896.
41. Zahn, Untersuchungen über Thrombose. Virchow's Archiv für pathologischen Anatomie. Bd. 62.
42. Ziegler, Allgemeine Pathologie. 1901.